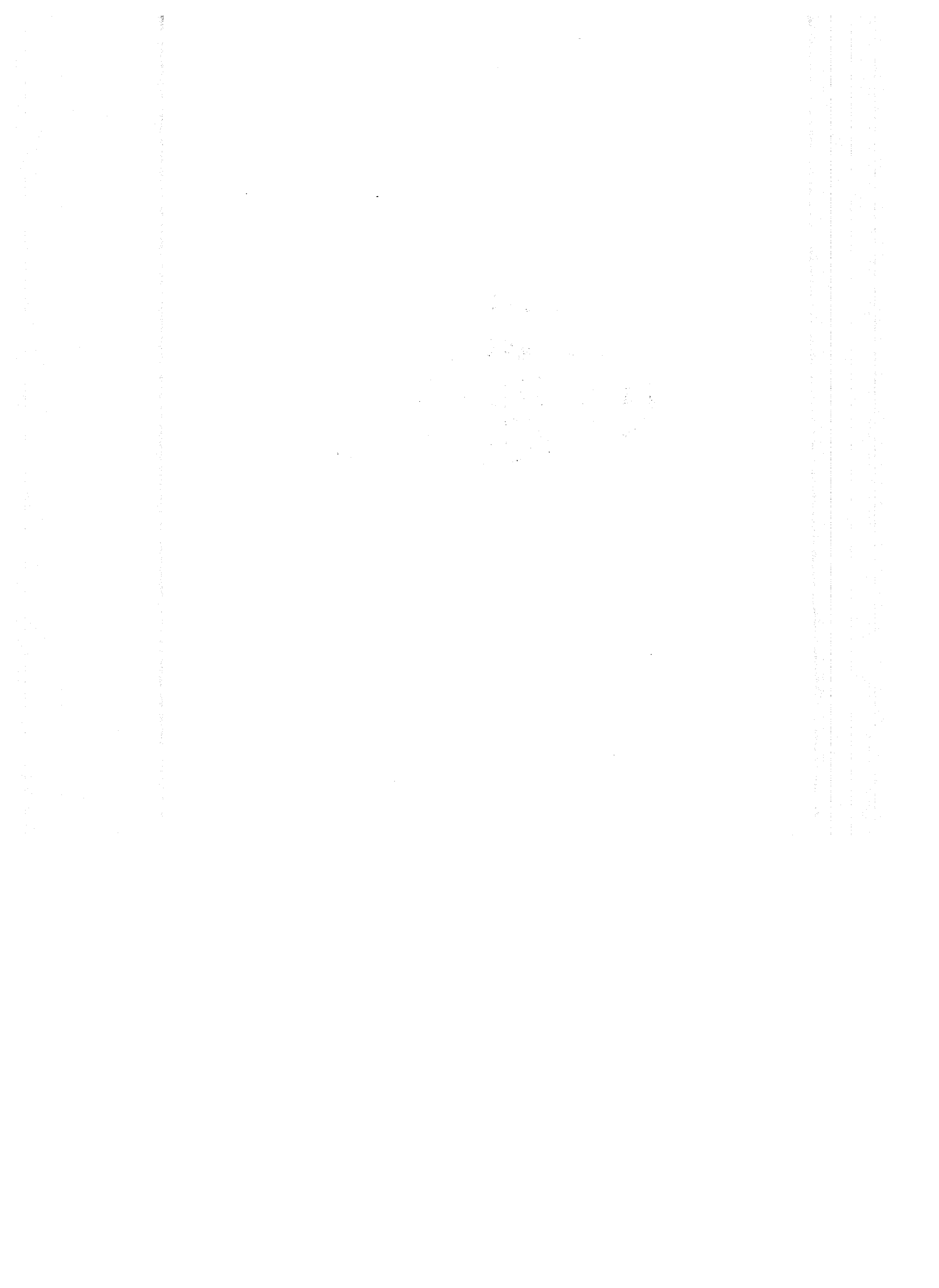
علم نفس الفئات الخاصة

إعداد
أعضاء هيئة التدريس بقسم العلوم النفسية

٢٠٠٥/٢٠٠٦







مقدمة الكتاب

إن الطفل ينمو في حماية والديه وأسرته والآخرين، ويرغب في الاتصال بالعالم من حوله في الروضة في المدرسة.. الخ. وهو إذ يفعل يريد أن يكتشف العالم ويقف على أسراره ويريد أن يكتسب القوى التي توسع المدى الذي يستعمله فيه هذه القوة، وهو بهذا يكتسب ثقة في نفسه، وفيما يحوطه من أشياء وأشخاص.. ولكن هذا لا يتم في سهولة ويسر بالنسبة لطفل الفئات الخاصة، الذي حرم من تحقيق أبسط احتياجاته بسبب لا دخل له فيه، وليس هناك مشكلة أخرى عند الفرد أصعب من الشعور بالاختلاف عن الآخرين في أي جانب من جوانب حياته.

ولفظ الفئات الخاصة أطلق على الكثير من الفئات الذين حرموا من التوافق السوي مع البيئة المحيطة بهم.



ومن هنا نقول أن الطفولة ليست كلها صفاء وشموساً مشرقة وليست حياة منعمة ولكنها بها أطفال ذوي احتياجات خاصة لمن يقف بجانبهم يعلمهم كيف يسلكوا بطريقة سوية في حياة مليئة بالمثيرات والعقبات التي من الممكن أن تكون أقصى مما في استطاعتهم من حيث تخطيها أو استيعابها.

ولهذا أصبح مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة مجالاً هاماً يجب الاهتمام به، ومعرفة أهم وأحدث الاستراتيجيات الحديثة للتدخل مع هؤلاء الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك للرفع من مستوى توافقهم السوي مع البيئة المحيطة بهم.

ومن هنا لابد من أن نوضح سيكولوجية كل واحدة من هذه الفئات لنستطيع أن يقدم لها ما يناسبها من خدمات وأن نرفع من مستواه إلى أقصى حد تصل إليه.

ومن هنا سوف يلقي هذا الكتاب الضوء على بعض حالات الفئات الخاصة المنتشرة داخل مجتمعنا والذي نأمل منه أن يكون عون مرشد للتفاعل السوي مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

وسـوف يتـناول هذا الكتاب تسعة فصول رئيسية قام بإعدادها أعضاء هيئة التدريس بقسم العلوم النفسية.

وقد تناول الفصل الأول "مدخل تمهيدي- مفاهيم أساسية في التربية الخاصة"، وتناول الفصل الثاني "دمج الفئات الخاصة مع أقرانهم العاديين"، والفصل الثالث "برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة"، والفصل الرابع "اضطرابات النمو والارتقاء (التوحدي)"، والفصل الخامس "الاضطرابات الانفعالية وسوء الـتوافق الاجتماعـي- الإساءة للأطفال" والفصل السادس "مشكلات التفوق العقلي والموهبة"، الفصل السابع "الاضطرابات الحسية"، الفصل الثامن "الإعاقة العقلية"، والفصل التاسع والأخير "اضطرابات اللغة والتواصل".

وممـا سبق نسأل من الله أن يكون من وراء هذا الجهد المتواضع بعض العلم الذي ينفع.

المؤلفون

الفصل الأول

مدخل تمهيدي

مفاهيم أساسية في التربية الخاصة



الفصل الأول
مدخل تمهيدي
مفاهيم أساسية في التربية الخاصة

مقدمة:

يمكن تعريف ذوو الاحتياجات الخاصة عموماً بأنهم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط في خصيصة ما من الخصائص، أو في جانب ما- أو أكثر من جوانب الشخصية، إلى الدرجة التي تحتم احتياجهم إلى خدمات خاصة، تختلف عما يقدم إلى أقرانهم العاديين، وذلك لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو والتوافق.

ويثير هذا التعريف عدداً من التساؤلات بشأن من هو الطفل غير العادي أو غير المتوسط؟ وما درجة الانحراف الفارقة بينه وبين الطفل العادي؟

أي ما الحد الذي يستلزم عنده تقديم خدمات معينة لمواجهة الاحتياجات الخاصة التي تنشأ عن هذا الانحراف أو ذاك، وما إذا كان للانحراف دلالة واحدة- أو معنى مشتركاً- بالنسبة لكل المتخصصين في المجالات المعنية بذوي الاحتياجات الخاصة؛ كالطب والتربية وعلم النفس والقانون والخدمة الاجتماعية... وغيرها؟ أم لا؟



يشير عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٧) إلى أن مفهوم يغر العادية مفهوم ثقافي واجتماعي، فالمجتمع هو الذي يختار من بين الصفات التي يختلف فيها الأفراد تلك الصفات التي يتم في ضوئها تحديد مفهوم غير العادية، وهو الذي يضع الحدود التي تقسم الأفراد من حيث هذه الصفات إلى عاديين وغير عاديين، وذلك تبعاً لطبيعة الحياة فيه، وتبعاً لمستواه الثقافي. وفي ضوء ما يراه من نتائج قد تترتب على ذلك الانحراف، سواء تمثلت هذه النتائج في مشكلات يمكن أن تواجه الفرد

ذاتــه فــي حياته، وتشكل صعوبات بالنسبة للجماعة التي يعيش فيها، أم تمثلت في وجــود أفــراد يــرى المجتمع ضرورة الاستفادة بطاقاتهم المتميزة بدرجة أكبر من غيرهم.(١)

ويؤكد هذا المعنى ما ذكره "سوانسون" Swanson, 1979 من أن الانحراف عــن المعــيار العادي يشمل جميع الحالات التي تمثل انحرافاً جوهرياً أو دالاً عن المتوســط الــذي يحدده المجتمع في المقدرات العقلية أو التعليمية، أو الانفعالية أو الاجتماعية. أو الحاسية أو الجسمية، بحيث تحتاج هذه الحالات إلى نوعية خاصة من المعارف والخدمات التي تمكنها من تحقيق أقصى ما تسمح به طاقاتها، وهكذا يتفق "سوانســن" مــع عبد الغفار في أن المجتمع هو الذي يحدد نوعية، ومدى الانحراف الذي يوضع الفرد على أساسها ضمن نطاق الفئات الخاصة.

مــن زاويــة أخرى فإن مفهوم الانحراف غالباً ما تتباين وجهات النظر بشأنه تــبعاً لاختلاف المجالات التخصصية التي تعني بذوي الاحتياجات الخاصة، فما يعد انحــرافاً يستلزم تدخلاً علاجياً من قبل الطبيب، قد لا يعد انحرافاً له دلالته بالنسبة للمربين أو الإخصائيين النفسيين أو لرجل القانون.

إذ يعنــي التــربويون- مــثلاً- بنوعــية ودرجة الانحراف التي تنشأ عندها احتــياجات تعليمــية تربوية خاصة، وتستلزم ترتيبات وأوضاع وممارسات تعليمية معيــنة لإشــباع هــذه الاحتــياجات، بينما يعني الأطباء أكثر من غيرهم بالأسباب والعــوامل الطبــية التكوينية والفسيولوجية للانحراف، والإجراءات الطبية العلاجية الملائمة. (٢)

ويذكــر كيــرك وزملائه Kirk et al., 1997 أن مصطلح غير العاديين- مــن المــنظور التــربوي- يشمل كلاً من الطفل الذي يعاني من قصورات نمائية، وكــذلك الطفل الذي يمتلك مقدرات عالية أو استثنائية. ويعرفون الطفل غير العادي بأنه الطفل الذي يختلف عن الطفل المتوسط أو العادي في:

١- الخصائص العقلية.

٢- المقدرات الحاسية.

٣- مقدرات التواصل.

٤- النمو السلوكي والانفعالي.

٥- الخصائص الجسمية.

وهذه الاختلافات يجب أن تكون بدرجة يحتاج عندها الطفل إلى تعديل في الخبرات أو الممارسات التعليمية (المدرسية) أو إلى خدمات تربوية خاصة، وذلك لتنمية استعداداته الفريدة أو الخاصة.

التربية الخاصة:

يشير فاروق صادق (١٩٨٨: ٥٢) إلى أن التربية الخاصة هي ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة في المجتمع، والموجهة إلى الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم، وتأكيد ذواتهم، وتؤدي في النهاية إلى تكاملهم مع العاديين في المجتمع لكي نحقق لهم أكبر قدر ممكن من استثمار إمكاناتهم المعرفية والاجتماعية والانفعالية والمهنية طوال حياتهم ولصالح المجتمع.

كما أوضح "بريتان" أن التربية الخاصة تمثل الجمع ما بين المنهج والتدريس والظروف التعليمية الضرورية من أجل تلبية احتياجات الفرد التربوية الخاصة بطريقة مناسبة وفعالة، وقد تشكل هذه الاحتياجات كل المنهج أم جزء منه، كما قد يتم إشباعها بطريقة فردية أو يربطها مع أشياء أخرى، وقد تشكل كل الحياة الدراسية للفرد أو جزءاً منها، وأن التربية الخاصة ينبغي أن تفهم في إطار واحد أو أكثر من المحكات التالية:

١- التأهيل الفعال والمناسب للمربين والخبرة الكافية أو كلاهما معاً، بشكل شامل أو لجزء من الوقت.

٢- التدريب الفعال والمناسب لبقية الأخصائيين بشكل شامل أو لجزء من الوقت.

٣- بيئة تربوية وفيزيقية تشمل الوسائل والمعينات والمواد والأدوات والمصادر الضرورية المناسبة للاحتياجات الخاصة للطفل.

التربية الخاصة إذن هي نوعية متخصصة من الخدمات تشير إلى سائر الخدمات التربوية غير المعتادة التي تستخدم في إطار العملية التعليمية متضمنة التعديلات التي يتم إدخالها على المنهج التعليمي- بكامله أو في جزء منه- ليلائم طبيعة انحراف كل فئة من الفئات الخاصة من حيث نوعيته- إيجابياً كان أم سلبياً- ودرجة شدته- بسيطة أم متوسطة أم حادة- ولمواجهة الاحتياجات التربوية والتعليمية الناجمة عن هذا الانحراف بطريقة مناسبة، ولتمكين المعلمين من القيام بدورهم بفاعلية مع كل فئة. (٣)

كما تتضمن الوسائل اللازمة التي تمكن الفئات الخاصة من الاستفادة القصوى من هذا المنهج كالأجهزة والأدوات والمصادر التعليمية، وأساليب التدريس والتعديلات في البيئة الفيزيائية والمرافق، والمعلمين والإخصائيين الذين يؤهلون للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

ويدرج بعض الباحثين Halahan & Kauffman, 1991 تحت مفهوم التربية الخاصة- بالإضافة إلى ما سبق ذكره- خدمات أخرى غير تعليمية مساندة ومكملة للخدمات التعليمية الخاصة، ومنها وسائل الانتقال الخاصة بالمعوقين، والخدمات الطبية والصحية والنفسية والإرشادية والاجتماعية والتأهيلية.

كما يرى عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ (١٩٨٥) أن التربية الخاصة هي ذلك التنظيم المتكامل الذي يضم جميع الخدمات التي يمكن للمدرسة أن تقدمها للطفل غير العادي، وتشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية والصحية.

أهداف التربية الخاصة:

تعمل التربية الخاصة على مستويين هما:

١- المستوى الوقائي- الصياني:

ويعنـــي فـــيه بكفالة الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإعاقة، وتهيئة الظروف التي تحمي الطفل من التعرض لمسبباتها المختلفة، وتحق سلامته الجسمية والحاسية والعقلـــية والنفسية والاجتماعية، ويسهم في هذا المستوى الأول من الوقاية الأطباء ومؤسســـات ومراكـــز رعاية الطفولة والأمومة ومكاتب الصحة ومؤسسات الإعلام ومعلمات ومشرفو دور الحضانة.(٤)

كمـــا يعني في هذا الصدد بالجهود المنظمة التي من شأنها الكشف المبكر عن نقـــائص النمو والاضطرابات والإعاقات والتدخل للتخفيف من شدة تأثيرها، والحد مـــن القصـــور الوظيفي المرتبط بها على الطفل، والعمل على تجُنب الظروف التي يمكـــن أن تؤدي إلى تطور الإعاقة، وتفاقم المشكلات الناتجة عنها بحيث لا تتدهور حالـــة الطفـــل إلى أبعد من الحد الذي وصلت إليه من ناحية، ويتم الحفاظ ما أمكن ذلـــك على ما لديه من إمكانات واستعدادات فعلية يمكن تنميتها واستثمارها فيما بعد من ناحية أخرى.

٢- المستوى العلاجي- الإنمائي:

حـــيث تهـــدف الجهـــود العلاجية إلى إزالة القصور أو العجز في المجالات الوظيفية المختلفة، أو خفضه والتخفيف من حدته، أو التعويض عنه ببناء بديل لهذا القصـــور أو ذلـــك العجـــز حالما يتعذر إزالته أو تصحيحه كاستخدام نظام "لويس بـــرايل" فـــي الكـــتابة والقراءة بالنسبة للعميان، ولغة الإشارة من الصم. كما تهدف الجهـــود الإنمائـــية في هذا المستوى من الخدمات استغلال وتنمية واستثمار كل ما يتمتع به الفرد المعوق من طاقات واستعدادات لبلوغ أقصى ما يمكنها الوصول إليه من نمو.

أهداف التربية الخاصة:

يمكن إجمال أهداف التربية الخاصة عموماً فيما يلي:

١ – تحقيق الكفاءة الشخصية:

وتعني مساعدة الفرد ذي الاحتياج الخاص على الحياة الاستقلالية والاكتفاء والتوجيه الذاتي والاعتماد على النفس، وتمكينه من تصريف شؤونه الشخصية والعناية الذاتية بدرجة تتناسب وظروفه الخاصة بحيث لا يكون عالة على الآخرين، وذلك بتنمية إمكاناته الشخصية واستعداداته العقلية والجسمية والوجدانية والاجتماعية.

وقد تختلف مواطن التأكيد في الجانب الشخصي باختلاف نوعية الانحراف ومداه، فالكفاءة الشخصية بالنسبة للمتخلفين عقلياً قد تتمثل في إكسابهم مهارات العناية بالنفس أو الوظائف الاستقلالية لإشباع احتياجاتهم الأولية من المأكل والمشرب والملبس والنظافة الشخصية، والمهارات الأساسية في اللغة والاتصال الشفهي كتعلم الأسماء وسلامة النطق والتعبير، والمهارات الحركية كالتوازن والتنسيق والتآزر الحاسحركي، وتدريبهم على أساليب الأمان وكيفية درء المخاطر عن أنفسهم أثناء التعامل مع المواقف التي يمرون بها، والأشياء التي يستخدمونها ويتعاملون معها في حياتهم اليومية. (٥)

وقد تعني الكفاءة الشخصية بالنسبة للعميان إتقان مهارات الحركة والتوجه والتنقل بما يساعدهم على أن يكونوا أكثر اعتماداً على أنفسهم، وأكثر اتصالاً ببيئاتهم وتحكماً فيها، وأكثر شعوراً بالأمن. أما بالنسبة لصم فقد يتركز إنجاز مثل هذا الهدف في اكتساب المهارات اللازمة للتواصل غير اللفظي، وتصويب عيوب النطق والكلام، والاستعانة بالمعينات السمعية اللازمة لاستثمار ما لديهم من بقايا سمع، ومقدرة على الأداء الوظيفي السمعي.

٢ – تحقيق الكفاءة الاجتماعية:

وتعني غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية المثمرة مع الآخرين، وتحقيق التوافق الاجتماعي لدى ذوي

الاحتياجات الخاصة، وإكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشطة في البيئة المحيطة والاختلاط والاندماج في المجتمع، والتي تمنحهم شعوراً بالاحترام والتقدير الاجتماعي وتحسن من مكاناتهم الاجتماعية، وإشباع احتياجاتهم النفسية إلى الأمن والحب والتفهم والثقة بالنفس، والتقليل من شعورهم بالقصور أو العجز والدونية.

٣- تحقيق الكفاءة المهنية:

وتتعلق الكفاءة المهنية بإكساب ذوي الاحتياجات الخاصة لا سيما المعوقين منهم بعضاً من المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناسبة لطبيعة إعاقاتهم واستعداداتهم، والتي تمكنهم بعد ذلك من ممارسة بعض الحرف أو المهن كأعمال البياض والزخرفة، والتريكو والتطريز والنسيج والسجاد، والآلة الكاتبة والميكانيكا والسمكرة والسباكة والأعمال الصحية وغيرها. وقد أنشئ لهذا الغرض عديد من المدارس الإعدادية المهنية التي يلحق بها التلاميذ الذين يمكنهم إكمال دراستهم بالمرحلة الثانوية، ويمنحون بعد إكمال تأهيلهم مصدقة أو شهادة تسوغ لهم العمل ببعض المصانع والمؤسسات، وخوض غمار الحياة كعمال فنيين مما يساعدهم على الشعور بقيمتهم وفاعليتهم، وينمي اعتبارهم لذواتهم وإحساسهم بالرضا والإشباع، كما يقلل من شعورهم بالعجز والدونية والفشل، وقد يؤدي بهم إلى الكفاية الاقتصادية الذاتية. (٦)

ويستلزم ذلك ضرورة المزج بين كل من الجوانب المعرفية الأكاديمية، والنشاطات غير الأكاديمية والجوانب المهارية والمهنية والحرفية، بحيث يتكامل التأهيل التربوي والنفسي والاجتماعي والمهني للمعوقين، ويتم الكشف عن إمكاناتهم واستعداداتهم وميولهم المختلفة وتنميتها واستثمارها، والإفادة من ذلك كله في توجيههم للعمل المهني الذي يتلاءم معها.

ويلمح فاروق صادق (١٩٨٨) إلى أن التأهيل المهني للمعوقين يتطلب عدة عمليات تكون التربية الخاصة فيها إحدى المراحل السابقة والمصاحبة لبرنامج

التأهيل المهني والاجتماعي، فالتربية الخاصة تثري خبرات المعوق بالقراءة والكتابة والحساب، ومهارات السلوك التكيفي الأولية، وخلال هذه العملية يتم استدخال عنصر آخر بمقدرات الطفل واستعداداته وميوله ومهاراته وتنميتها في خطة متدرجة منذ الطفولة المبكرة، ومن ثم يستهل المعوق- الذي لا يستكمل دراسته- مرحلة أخرى من التعليم هي مرحلة التدريب المهني المناسب، ويكون بذلك مستعداً ومعداً لها. (٧)

من الذي يتلقى التربية الخاصة:

في معظم الأقطار من حق ذوي العجز من الناس أن يتلقوا خدمات تربية خاصة، وخلال السنوات العشرين الماضية، وضعت السياسات التي تتعلق بالعجز موضع قدر كبير من الدراسة. ولقد أصر دعاة الفعالية النشطون والأكاديميون على فك الارتباط بين العجز (الحالات البيولوجية) تصورياً والتعقيدات الاجتماعية (الصعاب) التي تتم خبرتها نتيجة لهذه الحالة. فالشخص الذي لديه عجز عادة ما يكون لديه مشكلة إما مؤقتة أو دائمة تتطلب أدوات خاصة أمثال (كراسي متحركة، جراحات ترقيعية)، أو تعليم متخصص.

وفي الولايات المتحدة من حق الأطفال ذوي العجز في سن المدرسة الحصول على تعليم عام مناسب مجاني، ومن غير القانون التمييز ضد الأفراد ذوي العجز، وهذا يعني أن الفرد لا يمكن أن يحرم من تعليم أو عمل بسبب العجز وعند التفكير فيمن يتلقى تربية خاصة، تذكر أن التربية الخاصة نظام أو نسق فرعي من التعليم العام. والتربية الخاصة عليها بحكم القانون أن توفر خدمات للتلاميذ الذين تم تمييزهم وتحديدهم على أن لديهم عجزاً، والعاجزون عن التقدم بفاعلية في حجرة الدراسة العادية نتيجة لهذا العجز. ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن وجود عجز وحده لا يكفي سبباً للمبادرة في تقديم خدمات التربية الخاصة، فالتربية الخاصة مسوغة فقط بعد بذل جميع المحاولات لمساعدة النشء في البقاء بحجرة الدراسة العادية ولكن لم تثبت فاعليتها.

ولقد لاحظ هورن Horn, 1924 في أول كتاب عن تعليم الأطفال غير العاديين أن الفروق العقلية والمزاجية والفيزيقية كانت الأساس لاحتياج بعض التلاميذ لتربية خاص. واليوم تنظم معظم الولايات أقسام التربية الخاصة على أساس تصنيفية وفئوية مشابهة والفئة هي عنوان أو واصف يحدد لمجموعة من التلاميذ، وعلى الرغم من أن أسماء الفئات تختلف اختلافاً قليلاً من ولاية إلى أخرى، فإن التربية الخاصة بصفة عامة تقدم للأطفال في كل فئة من الفئات الآتية:

١- تلاميذ لديهم قصور بصري أو عمى.

٢- تلاميذ لديهم قصور سمعي أو صمم.

٣- تلاميذ لديهم عمى وصمم.

٤- تلاميذ لديهم نواحي قصور جسمي أو نواحي قصور صحي آخر.

٥- تلاميذ متعددة ونواحي العجز.

٦- تلاميذ لديهم صعوبات لغوية وصعوبات في التواصل والاتصال.

٧- تلاميذ لديهم صعوبات تعلم.

٨- تلاميذ لديهم اضطرابات سلوكية أو اضطرابات انفعالية شديدة.

٩- تلاميذ لديهم تخلف عقلي.

والتلاميذ ذوو المواهب الخاصة ليسوا ذوي عجز، وترتيباً على ذلك لا يتلقون تربية خاصة إلزامية فيدرالياً، على الرغم من أن ولايتك أول النظام المدرسي المحلي قد يدعم برنامجاً خاصاً للتلاميذ الموهوبين.

أسباب جسمية تتطلب تربية خاصة:

إن حاجات التعلم الخاصة في مجالات القدرات الجسمية مثال: (البصر، السمع، الحركة) هي أساس عدة فئات لتلاميذ لديهم حاجات خاصة ومعظمها يعتبر البصر السوي والسمع السليم مسلماً به..والتعبير ٢٠/٢٠ في قوة الإبصار يستخدم



لوصف الأداء البصري السليم. ويقاس الإبصار بأن يطلب من الناس أن يقرأوا حروفاً أو يميزوا أشياء على مسافة ٢٠ قدماً. والمهمة ليست صعبة بالنسبة لمعظم الناس. وهناك أناس على أية حالة، ينبغي أن يقفوا على مسافة أقرب ليروا ما يراه آخرون بسهولة من على بعد ٢٠ قدماً. وهذه الفروق في الأداء الوظيفي البصري أساس اتخاذ القرار بأنه تلميذ كفيف، أو ضعيف البصر. وهناك أناس أيضاً لا يستطيعون أن يسمعوا عند جهازه صوت مرتفعة ما نسمعه بسهولة بصوت عادي. وبين السمع السوي أو السليم والصمم هناك درجات مختلفة من الفقد، والفروق في درجات السمع هي أسا فئة أخرى من التلاميذ غير العاديين (أي الأصم، وضعيف السمع).[٨]

الأسباب المعرفية التي تتطلب تربية خاصة:

الفروق في الأداء العقلي والقدرات العقلية هي أساس تحديد وتمييز الحاجة للتربية الخاصة.

ولكي يعتبر فرد ما متأخراً عقلياً، ينبغي أن يظهر أداء وظيفياً عقلياً أقل من المتوسط وتأخراً في النمو الاجتماعي، وكثيراً ما تستخدم اختبارات الذكاء لتحديد ما إذا كان أداء الفرد العقلي دون أداء أترابه. والتلاميذ الذين يحصلون على تقديرات ٥٠-٧٥ نسبة ذكاء على اختبار ذكاء يقعون في المدى الخفيف من التأخر العقلي، والتلاميذ الذين لديهم أشكال أكثر تعقيداً من التأخر العقلي، كثيراً ما يصنفون على أنهم متأخرون تأخراً متوسطاً، أو شديداً أو عميقاً وإلى جانب الفروق في الشدة المرتبطة بتقديرات نسبة الذكاء، فإن التلاميذ الذين لديهم تأخر عقلي ما بين متوسط وعميق عادة ما يكون لديهم مشكلات في التواصل ومشكلات صحية.

ونحن نطلق على هؤلاء التلاميذ متأخرين عقلياً إكلينيكياً لأن لديهم تعقيدات خطيرة فيزيقية وطبية يتم تحديدها وتمييزها على يد طبيب عند الميلاد أو بعد فترة وجيزة من ذلك (أي لديهم زملة جنينية كحولية، زملة داون).

وهـؤلاء التلاميذ يظهرون نواحي عجز وقصوراً في السلوك التكيفي (أي في الـنمو الاجتماعـي) ولا يـوجد تعـريف نظامي أو رسمي للسلوك التكيفي، ولكن المصـطلح يشير بصفة عامة إلى الطريقة التي يؤدي بها الفرد وظائفه في مجتمعه المحلي. وتقويم السلوك التكيفي شأنه شأن اختبارات الذكاء يعتمد على مقارنات مع الجماعة العمرية.

وأدوات القـياس الرسـمية للقـدرات الوظيفية (مثل يرتدي ملابسه، يستخدم التلـيفون أم يتحرك في المنطقة المجاورة لسكنه على نحو مستقل) تساعد المقومين التربويين على تحديد السلوك التكيفي.

وأي تحديـد للتأخـر العقلـي، ينبغي أن يتضمن قياساً للذكاء وقياساً لمهارات السـلوك التكيفـي (Robinson & Rebinson, 1976) ولا ينبغي تحديد وتمييز لأي تلميذ على أنه متأخر عقلياً على أساس اختبار الذكاء وحده، وكما يوجد تلاميذ تقديـراتهم على اختبار الذكاء منخفضة، يوجد تلاميذ أيضاً أداؤهم العقلي يزيد عن أداء زملائهم في الصف. ولقد حددت الموهبة تاريخياً بتقديرات على اختبار الذكاء. وهـذا المدخل لم يعد مفضلاً من قبل كثير من المربين لأن اختبارات الذكاء تختار عيـنة ضيقة جداً وصغيرة من مدى القدرات والإبداع، والموهبة الموسيقية، ومهارة القـيادة، وقدرات حل المشكلة عينة من المواهب لا تقيسها اختبارات الذكاء وحديثاً يوصـي الخبراء في ميدان الموهوبين بمدخل متعدد الأبعاد لوضع وترسيخ محكات لتمييـز وتحديـد التلاميذ الذين لديهم مواهب خاصة. ووفقاً لما يذهب إليه ونزولي وزمـيلاه Renzuli, Reis, and Smith (1981) لكي يعتبر التلاميذ موهوبين ينبغي أن يظهروا[٩]:

١- قدرة عالية تضم تقويم الذكاء المقيس.

٢- إبداع أو ابتكار في تنمية أفكار جديدة وتنفيذها.

وهـناك أربـع مجمـوعات يقل تمثيلها ووجودها في برامج تعليم الموهوبين: المختلفون ثقافياً، الإناث، ذوو العجز، وذوو التحصيل المنخفض.

مـــا مقـــدار الاختلاف الذي تظهره مقاييس الذكاء قبل أن يعتبر الفرد متأخراً عقلـــياً أو موهوباً؟ وتعامل الفروق في تقديرات اختبارات الذكاء، ومقاييس السلوك التكيفـــي وتقـــوم بنفس الطريقة التي تقوم بها الفروق في تقديرات اختبارات السمع والبصـــر والأداء الجســـمي أو الفيزيقي ومستويات الذكاء العادي والسلوك التكيفي تتحدد باختبار مجموعات كبيرة من الأفراد ثم يضع المهنيون محكات للتأخر وللموهبة، تعـــتمد على الفروق بالنسبة لمتوسط الذكاء، وللتقديرات المتدرجة للسلوك التكيفي، وعلـــى سبيل المثال فإن المستوى الشائع للأداء السوي أو العادي هو التقدير ٩٠-١١٠ فـــي اختبار الذكاء، والتقديرات دون ٧٥ وفوق ١٣٠ تعتبر عاكسة ودالة على التأخر العقلي أو الموهبة.

ومـــن المهم أن نتذكر أن خدمات التربية الخاصة للذين يتم تحديدهم وتمييزهم كموهوبـــين ليست مخولة بالتشريع الفيدرالي. والشكل (١٠١) يبين منحنى التوزيع الاعتدالي لتقديرات نسب الذكاء المستخدمة لتحديد درجة التأخر العقلي والموهبة.

الأسباب الأكاديمية التي تقتضي تربية خاصة:

وبالنظـــر إلـــى فئتـــي التأخـــر العقلي والموهوبين يفترض أن أداء الفرد في اختبارات التحصيل سوف يتسق مع أداءه في اختبارات الذكاء، فإنه يتوقع أن يكون أداؤه عالياً في اختبار التحصيل أيضاً. وإذا أدى التلاميذ أداء ضعيفاً على اختبارات الـــذكاء فإنه من المتوقع أن يؤدوا أيضاً أداء منخفضاً على اختبار التحصيل. وهناك تلامـــيذ لا يتســـق أداؤهم على اختبارات التحصيل مع أدائهم في اختبارات الذكاء. وحين يوجد فرق ذو دلالة بين القدرة (مثال: الأداء على اختبار ذكاء).. والتحصيل (مـــثال: فـــي القراءة والرياضيات) قد يميز التلميذ ويحدد على أن لديه صعوبة في التعلم.

مـــا المـــدى الذي ينبغي أن يكون عليه الاختلاف أو الفرق بين الدرجات على اختـــبارات القـــدرة والدرجات على اختبارات التحصيل حتى يصنف تلميذ على أنه

لديه صعوبة في التعلم؟ وفي حين نجد أن المسئولين في الحكومة الفيدرالية قد قدموا توجـيهات تسـتخدم في تحديد وتمييز التلاميذ الذين لديهم صعوبات تعلم، لم يقدموا ويوفروا محكات محددة للحكم على متى تكون التباعدات بين القدرة والتحصيل ذات شدة تكفي ليطلق على التلميذ أن لديه صعوبة تعلم، وتختلف المحكات من ولاية إلى أخرى تلك التي تحدد وتميز صعوبة التعلم. (١٠)

ويعتبـر التلامـيذ مستحقين للتربية الخاصة إذا استوفوا الشروط التي حددتها التنظيمات والقواعد في الولاية.. ومن المحتمل أن يساء وضع كثير من التلاميذ في برامج التربية الخاصة لأن لديهم صعوبات تعلم بسبب نقص الإنصاف في المحكات من ولاية إلى أخرى بل وداخل الولاية الواحدة، والتلاميذ الذين لُديهم صعوبات تعلم يؤلفون أكبر مجموعة فرعية من التلاميذ ذوي العجز الخفيف.

الأسباب الاتصالية التي تتطلب تربية خاصة:

كما توجد فروق بين التلاميذ في مهارات القراءة والكتابة ومهارات الرياضيات، هناك أيضاً فروق بينهم في الطرق التي يتحدثون بها ويعبرون بها عن أنفسهم. وبعض الـناس يـتحدثون بهـا ويعبرون بها عن أنفسهم. وبعض الناس يتحدثون بوضوح، ويـنطقون كل جزء من كلامهم بالضبط كما ينبغي أن ينطلق بينما يتحدث آخرون بسرعة ويجعلون من الصعب على الآخرين أن يفهموهم.

ويسـتخدم الأطفـال الكـلام كوسـيلة لإعلام الآخرين برغباتهم، ومشاعرهم وآرائهـم. وآخـرون أقـل كفاءة في التعبير عن حاجاتهم الشخصية، وهناك أعمار مقبولة يتوقع من الأطفال فيها أو يظهروا القدرة على استخدام الأشكال المختلفة من الاتصال، وعلى سبيل المثال: (معظم الأطفال يفهمون حوالي ألف كلمة)، ويكونون جمـلاً بسيطة من كلماتهم ويفهمون المفاهيم المتصلة باللغة (مثال: الآن، ليس الآن، فيما بعد) عندما يصلون السنة الثانية من أعمارهم. وما أن يبلغوا السابعة إلا ويتوقع مـنهم استخدام قواعد نحوية مقبولة ثقافياً حين يتحدثون. واللغة في هذا السن تشبه

إلــى حد كبير اللغة التي تستخدمها الأسرة والأصدقاء. والفروق في مهارات اللغة والاتصــال تقــاس بأداء على اختبارات وبملاحظة التلاميذ في حجرة الدراسة وهم يتفاعلون.

وتشــيع ملاحظــة الفــروق في نمو اللغة ومهارات الاتصال عند الأطفال في جميع الأعمار.

وحــين تؤثر هذه الفروق تأثيراً ضاراً في الأداء التعليمي، قد يستحق الفرد أن توفر له خدمات خاصة توفر عادة للتلاميذ ذوي نواحي القصور اللغوي.

مــا المــدى الــذي ينبغي أن يكون عليه الاختلاف قبل أن يعتبر تلميذاً قاصراً لغوياً؟

وكثيــر مــن التلامــيذ فــي هذه الفئة يتلقون خدمات خاصة مع مشكلات مثل اللجلجــة، أو مشــكلات في نطق التلميذ (فيقولون Wabit بدلاً من Rabbit أو Pasketti بــدلاً من Spaghetti أو Bud بدلاً من Bird)، ولدى بعض هؤلاء التلامــيذ نغمــات صــوتية منخفضة جداً، أو عالية جداً أو أنفية أو خشنة جداً. ولا تــوجد معاييــر ومستويات مطلقة لتحديد متى يعتبر كلام فرد أنفاً بدرجة كبيرة، أو خشــناً جــداً أو متى سيؤثر هذا ويضر بالأداء التعلمي. وحين تحدث طريقة التلميذ المميــزة أو المختلفة في الكلام صعوبات لدى المستمع، فإن هذا التلميذ المميزة أو المخــتلفة في الكلام صعوبات لدى المستمع، فإن هذا التلميذ قد يحول لعلاج الكلام عند المختص..

وبعــض المدرســين أفضــل من البعض الآخر في فهم الفروق في اللغة التي تصــدر عن تلاميذهم. وبالمثل، فإن السياق الذي يحدث فيه الكلام يؤثر في الأحكام التي تصدر على التلميذ. والأرقام الحديثة التي صدرت عن الحكومة تبين أنه يوجد فــي هذه الفئة تلاميذ أكثر من أي فئة أخرى باستثناء فئة صعوبات التعلم. ويحتمل ألا يكــون هــذا مثيــراً للدهشــة لأن هذه الفئة تقوم على فروق في وضوح الكلام ونغمته.

الأسباب السلوكية- الانفعالية التي تتطلب تربية خاصة:

فبينما نجد أن مستويات الأداء العقلي قد تطورت داخل النظام التعليمي فإننا نجد أن المستويات والمعايير لما ينبغي أن يكون عليه سلوك التلاميذ في المدرسة والمجتمع المحلي قد تطورت أيضاً. ومستويات أو معايير السلوك السوي تستند إلى ما يحكم عليه بأنه مقبول في موقف معين بدرجة أكبر من استناده إلى أحكام عن كيف يؤدي التلميذ في اختبار معين. وإظهار أداء عقلي فوق المتوسط بقدر كاف أو دونه هو الأساس لتحديد التلميذ هل هو موهوب أو متأخر عقلياً. والبرهنة على السلوك غير المقبول في المدرسة هو أساس تمييزه وتحديده باعتباره مضطرباً سلوكياً.

والسؤال هو: ما الذي ينبغي أن يبلغه سلوك تلميذ من حيث الاختلاف بحيث يعتبر مضطرباً سلوكياً أو انفعالياً؟ وعلى أساس ما تعلمته عن الظروف الأخرى للتربية الخاصة، قد تكون إجابتك سلوكاً يختلف اختلافاً له مغزى عن سلوك أترابه. وأنت على صواب، ولكنك ستجد صعوبة في شرح الفروق السلوكية، حيث لا توجد مستويات أو معايير رقمية للسلوك السوي، ولا توجد اختبارات تقيس السواء في السلوك. وملاحظات المدرسين في حجرة الدراسة تحمل العبء الأكبر في تحديد وتمييز التلاميذ الذين لديهم اضطرابات سلوكية. وتعريف الاضطرابات السلوكية يشبه تعريف الجمال، والنشاط له طبيعة ذاتية شديدة، فالسلوك المقبول في حجرة الدراسة قد لا يكون مقبولاً في حجرة أخرى والسلوك المقبول من مدرس. لا يكون بالضرورة مقبولاً عند مدرس آخر.

كم عدد التلاميذ الذين يتلقون تربية خاصة؟

في عام ١٩٨٩ فقد تلقى ٤,٥ عدد مليوناً من التلاميذ خدمات التربية U.S. Department of Education, 1990 وعند التفكير في عدد التلاميذ الذين يتلقون الخدمات عليك أن تنظر في أنه نفس العدد المسجل للدراسة طوال الوقت في جميع الكليات والجامعات في المرحلة الجامعية الأولى. وأن عدد التلاميذ الذين

يتلقون تربية خاصة يزيد عن المجتمع الطلابي في اثنين وثلاثين ولاية مختلفة وهو نفس عدد القطاع الطلابي كله مجتمعاً في شمال داكوتا، وجنوب داكوتا، ومنتانا ونيفادا، وأداهو، ويومنج.

وهناك زيادة مطردة في عدد التلاميذ الذين يتلقون تربية خاصة وخلال فترة السنوات الإحدى عشرة من ١٩٧٧ إلى ١٩٨٩، ارتفع عدد التلاميذ ذوي العجز من ٣,٧٠٨,٩١٣ إلى ٤,٥٨٧,٣٧٠ أي أنه في تلك الفترة أضيف ٨٧٨,٤٥٧ تلميذاً إلى المنتظمين والمسجلين في التربية الخاصة. (١١)

وقد تزامن تزايد عدد التلاميذ المسجلين في فصول التربية الخاصة مع نمو الانتظام في التعليم العام. ومن الأسباب الأخرى التي تم تحديدها للزيادة المطردة في أعداد التلاميذ الذين يتطلبون تربية خاصة ما يأتي:

١- توافر برامج حجرة المصدر بالنسبة للتلاميذ الذين يصعب تدريسهم.

٢- زيادة معدل الفقر، مما يؤدي إلى زيادة عدد الأطفال الذين يجيئون إلى المدرسة ولديهم صعوبات صحية وسيكولوجية عقلية.

٣- التلاميذ الذين ينتظمون في المدارس العامة أكثر تفاوتاً من الناحية الثقافية واللغوية وتبياناً.

٤- تزايد كبير أو درامي في أعداد التلاميذ الذين تم تمييزهم وتحديدهم على أن لديهم صعوبة تعلم.

وهذا النمو قد زاد ن الحاجة لمدرسين مؤهلين للتربية الخاص. وعلى سبيل المثال، فباستخدام متوسط منخفض مقداره ١٥ تلميذاً لكل مدرس تربية خاصة، فإن ثمة حاجة إلى مدرسي تربية خاصة في المتوسط يبلغ عددهم ٤٧٥٩ مدرساً جديداً كل سنة من عام ١٩٧٧ حتى عام ١٩٨٩، ولقد أدى نمو خدمات التربية الخاصة أيضاً إلى إحداث مشكلات وعلى سبيل المثال، على العاملين في المدرسة أن يحددوا كيف ينفقون على الأعداد المتزايدة من التلاميذ بما أن تكلفة تعليم التلاميذ

ذوي الحاجة الخاصة تتم على حساب تعليم التلاميذ في التعليم العام، فإن المسئولين عن المدرسة يواجهون خيارات صعبة حين يوزعون الميزانية ونمو تلاميذ التربية الخاصة يعزى على نحو مباشر إلى اعتماد وإقرار القانون الفيدرالي الخاصة P. L. 94-142 الذي يلزم بتوفير تعليم عام مناسب ومجاني، لجميع التلاميذ الذين لديهم ظروف تعوقهم.

محددات برامج التربية الخاصة:

هناك مجموعة من المحددات التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تخطيط برامج التربية الخاصة، وتنفيذها. لعل من أهم هذه المحددات ما يلي (عبد المطلب أمين القريطي، ١٩٨٦، ٤٣٨-٤٤١).

١- نوع الانحراف.

٢- درجة الانحراف.

٣- الحالة الخاصة لكل طفل على حدة.

٤- المشاركة الجماعية.



١- نوع الانحراف:

يختلف أفراد الفئات الخاصة فيما بينهم من حيث الخصائص أو جوانب الشخصية التي ينحرفون فيها عن المستوى العادي للأفراد عامة، فكما سبق أن أوضحنا هناك أنواع متعددة من الانحرافات الحاسية والجسمية، والعقلية المعرفية، والانفعالية الاجتماعية، واضطرابات التواصل، وصعوبات التعلم.

ومن المعلوم أن الآثار التي تتركها هذه الانحرافات على الشخصية، والاحتياجات التربوية والنفسية الخاصة التي تترتب عليها لدى كل فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة ليست واحدة، وإنما قد تتباين تلك الآثار وهذه الحاجات تبعاً لتباين الانحرافات. (١٢)

أي أن هناك متطلبات نمو وحاجات خاصة ترتبط بكل نوع من هذه الانحرافات وتختلف تبعاً له، فالتجميع Grouping والإسراع Acceleration والإثراء Enrichment تعد مظاهر وأساليب أساسية في برامج الرعاية التربوية الخاصة للأطفال المتفوقين عقلياً والموهوبين دون غيرهم، والتدريب على طرق التواصل اليدوية ولغة الإشارة يعدان من أشهر الخاصة للبرنامج التعليمي للأطفال الصم، واستخدام طريقة برايل أمر لازم وخاص بتعليم المكفوفين وليس بالمضطربين انفعالياً أو غيرهم من الفئات الخاصة الأخرى وهكذا.

وبالتطبيق على مجال الفن– كمثال– فإن كل الأنشطة الفنية قد لا تكون صالحة لكل فئة من الفئات الخاصة، فالتركيز في برامج الفن بالنسبة للمكفوفين ينصب أساساً على استخدام حاسة اللمس في إدراك الأشكال والتعامل مع الحجوم والأسطح المختلفة لإثراء مدركاتهم وخبراتهم اللمسية بالمثيرات والأشياء التي يسمعون عنها. ولتنمية معرفتهم بالخصائص البنائية والتركيبية لهذه الأشياء. ومساعدتهم على إنتاج أشكال فنية ذات ثلاثة أبعاد مما قد يغلب عليه الطابع العضوي أو الهندسي، على حين قد لا تكون هناك قيمة تذكر في هذا البرنامج للممارسات المتصلة بالقيم اللونية سوى من زاوية معرفية فقط، لأن المكفوفين محرومون من الوسيط الحاسي اللازم لهذه الممارسات وهو حاسة الإبصار.

وفي حالة الإعاقة السمعية فإن الأمر قد لا يختلف كثيراً عما يمكن اتباعه في برامج التربية الفنية للعاديين، إذ تشير نتائج بعض البحوث إلى أن الصمم قد لا يؤثر بالضرورة في استعدادات الصم للفن، وربما يكون الاختلاف الوحيد هو في تأكيد الأهمية الفائقة للأنشطة الفنية التشكيلية– بالنسبة للطفل الأصم– كقنوات للتعبير والتفاهم والاتصال غير اللفظي تعويضاً عن فقدانه اللغة اللفظية، وكمصادر للإشباع والاتزان الانفعالي.

أما بالنسبة للأحداث والجانحين فإن الأمر يتطلب التركيز على تلك النشاطات الفنية والموضوعات التي تساعدهم على التنفيس عن مشاعرهم العدوانية، وعلى

التخفيف من التوترات، وعلى ممارسة الأعمال الجماعية المشتركة التي تكفل لهم تنمية مهاراتهم الاجتماعية، وتحقيق الاندماج والنمو الاجتماعي، ومساعدتهم على تعديل سلوكهم المضاد للمعايير الاجتماعية.

٢- مستوى الانحراف (درجته):

من بين المحددات الأساسية في تصميم الخدمات والبرامج التربوية الخاصة "مستوى الانحراف"، ويتراوح هذا الانحراف ما بين المستوى الحاد والمستوى البسيط (الخفيف) وبينهما درجات متفاوتة الشدة. وتختلف الاحتياجات التعليمية ومن ثم البرامج والأساليب المشبعة لها تبعاً لتفاوت مستويات الانحراف حادة أم جزئية أم بسيطة. لذا يلجأ المتخصصون إلى تصنيف الفئات الخاصة إلى جماعات متجانسة الدرجة للتعامل معها كجماعات ذات خصائص مشتركة أساسية، ولتصميم البرامج والطرق والأساليب التعليمية تبعاً لاحتياجاتها بما يحقق لكل جماعة أقصى إفادة ممكنة وعلى أحسن وجه ممكن. (١٣)

فالاعتماد على الإبصار يعد مدخلاً أساسياً لبناء وتنمية طرق التواصل اليدوي والشفهي مع الصم كلياً، بينما يمكن الاعتماد في حالة ضعاف السمع- الصمم الجزئي- على استخدام المعينات السمعية والتركيز على عمليات التدريب السمعي وتمييز الأصوات، ومعالجة ما قد ينجم عن ضعف السمع من اضطرابات في النطق والكلام كسبل لتنمية مهارات التواصل اللفظي لدى هذه الفئة، كما تختلف درجات التخلف العقلي من تخلف بسيط إلى تخلف معتدل إلى تخلف عقلي شديد وحاد، ومن ثم تختلف احتياجات كل فئة والبرامج التعليمية التي تقابل هذه الاحتياجات.

فبرامج التربية الحركية لذوي المستويات الدنيا من التخلف العقلي تركز على تعليمهم المهارات الحركية الأساسية كالوقوف والمشي باتزان، والجري والوثب والتعلق، مما يساعد على السيطرة على أعضاء الجسم وتحسين الكفاءة الحركية



للطفــل. بينما تتزايد النشاطات الحركية الأكثر تعقيـ ، التي تتطلب مستويات أعلى نسبياً من حيث التآزر والتفكير والتذكر والانتباه في البرامج الخاصة بفئات التخلف العقلي البسيط.

وفــي مجــال الفنون يذكر بعض الباحثين (Gaitsskel & AL Hurwitz. 1970) أن الطفــل لكــي يشارك في برنامج للتربيـ الفنية، يجب أن يكون لديه حد أدنــى من الذكاء فالأطفال الذين تقل معاملات ذكائهم عن ٤٠، ويقل عمرهم العقلي عــن ثــلاث ســنوات لا يتســنى لهم الإفادة من أية نشاطات فنية. أما من تتراوح معــاملات ذكــائهم مــا بــين ٤٠-٥٠ وعمرهم العقلي من ٣ : ٤ سنوات فيمكنهم الوصــول إلــى مــرحلة التنازل اليدوي (ما يقابل الحضانة والصف الأول بالنسبة للطفــل العــادي)، ويــتقدموا بــبطء نحــو إنتاج رموز بسيطة التركيب، لكنهم لا يتجاوزون ذلك.

بيــنما يمكــن لأولــئك الأطفال ممن تزيد معاملات ذكائهم عن ٥٠، وعمرهم العقلــي عن خمس سنوات، المشاركة إلى حد معقول في النشاطات الفنية والانتقال مــن مــرحلة التــنازل والمعالجة اليدوية إلى مرحلة أخرى هي المرحلة الرمزية، ووضع الرموز في بيئاتها والربط فيما بينها إلى حد ما.

٣- تفريد التعليم تبعاً للحالة الخاصة لكل طفل:

مــن الأمــور المسلم بها في التربية المعاصرة أن كل تلميذ يتمتع بخصائص فريدة تميزه عن غيره من التلاميذ، كما يعد حالة خاصة، وأنه لا يتعلم فردان بنفس الطــريقة أو الكيفــية، وهــو مــا يشار إليه بمبدأ الفروق الفردية، وبناء عليه فإن وجــود التلامــيذ مــن بين العاديين يعانون من صعوبات معينة في عمليات التعليم لأســباب قد يكون مرجعها صعوبة المنهج أو عدم ملاءمته، أو عدم مناسبة طريقة الــتدريس، وليس بسبب قصور أو خلل في التلميذ ذاته، أصبح أمراً عادياً، ومن ثم فــإن المعلم العادي يجب أن يكون على درجة من المرونة والوعي بما يجعله يسمح

لجميع التلاميذ أن يفيدوا منه ومن المقرر الدراسي وفقاً لاحتياجاته التعليمية، وطرقهم وسرعاتهم ومستوياتهم الخاصة.

من زاوية أخرى فإنه إذا كان بالإمكان تقسيم التلاميذ غير العاديين إلى فئات وجماعات تبعاً لما بين أفرادها من خصائص مشتركة من حيث نوع الانحراف ودرجة شدته- كالصم وضعاف السمع مثلاً- فإن كل فئة- كما يشير فتحي عبد الرحيم وحليم بشاي (١٩٨٠: ٣٩٠) لا تشكل جماعة متجانسة تماماً في خصائصها فالأطفال الصم مثلاً لا يتعلمون جميعاً بمعدل واحد، وقد ينصف طفل ما على أنه مصاب بالشلل المخي ويكون متخلفاً عقلياً أيضاً، في الوقت ذاته نجد طفلاً آخر مصابا بالشلل المخي قادر على الأداء العادي في التعلم المدرسي. (١٤)

وقد يتفق طفلان من حيث نوع الإعاقة ودرجتها، إلا أن ما يترتب على هذه الإعاقة من آثار بالنسبة لأحدهما قد يختلف عن الآخر وذلك تبعاً لمتغيرات عديدة كتوقيت اكتشاف الإعاقة، والبيئة التي يعيش فيها، واتجاهات أسرته نحو الإعاقة، والخبرات التي تعرض لها، ومدى خلوه من الإعاقات الأخرى، ويؤثر ذلك كله على مستوى توافقه النفسي واستعداداته واعتباره لذاته، ولعل مما يدعم ذلك أن معظم الأطفال المعوقين لديهم مشكلات تختلف من واحد إلى آخر وربما يصعب حصرها في مشكلة واحدة.

لذا فإن الوقوف على الفروق داخل الطفل ذاته وأثر الإعاقة على جوانب شخصيته- كحالة فردية- يعد عاملاً له قيمته في تصميم وتنفيذ الخطط والبرامج التدريبية والتعليمية الملائمة لحالته.

ويستلزم ذلك كله ضرورة تفريد التعليم تبعاً لحالة الطفل واحتياجاته الخاصة بناء على التقييم الدقيق المستمر وباستخدام الوسائل اللازمة لذلك. ففي مجال الإعاقة السمعية قد يعاني طفلان مثلاً من فقدان السمع بدرجة بسيطة، إلا أن أحدهما يحتاج بدرجة أكبر من الآخر إلى علاج بعض عيوب النطق والكلام أو لتنمية مهارات الاستماع وكيفية التمييز بين الأصوات.

ويذكـــر وولفـــريد بـــريتان W. Brennan أن التدريس المفرد ليس معناه تخصيص منهج منفصل أو مدرسي مستقل لكل تلميذ، وإنما يعني وضع الطالب في مواقـــف تدريبـــية وتعليمية ملائمة لاحتياجاته التعليمية الفردية، وطبقاً لذلك قد يتعلم التلمـــيذ فـــي بعـــض الأحيان بنفسه وبطريقته الخاصة، وفي أحيان أخرى قد يتعلم ضمن مجموعة من التلاميذ، كما يستلزم الأمر تنويع المعلم أساليبه، ولغته وأسئلته، ووســـائله بمـــا يـــتفق والاتجاهات التعليمية، وكذلك درجة الفهم، والدافعية، والمدى الواسع من الاستعدادات التعليمية والاحتياجات الخاصة لدى الطلاب.

كما يسوق بريتان المبادئ التالية لتفريد مكونات المنهج والتدريس المفرد:

١- التبديل في المعدل بما يساعد التلميذ على الانتقال ضمن أهداف المنهج العام أو المنهج الخاص.

٢- تجـــزئة أهداف المنهج إلى خطوات أصغر لمساعدة التلاميذ في التغلب على ما يواجهونه من صعوبات.

٣- التغييـــر فـــي محـــتوى المنهج والخبرات التعليمية للتغلب على الصعوبات أو المحافظة على التقدم في تحسين الدافعية.

٤- تطويـــر بـــرنامج عام للصف أو الفصل الدراسي يتم من خلاله تنظيم الأهداف الفرعية والموضوعات التي تسمح بالفردية.

٥- التأكـــيد علـــى المـــواد التعليمية بشكل كاف ومتلائم مع الفروق بين مجموعة التلاميذ.

٦- وضع الاحتياجات الفردية في الاعتبار أثناء التدريس، وليس الصف أو الفصل الدراسي بشكل عام.

٧- تقـــديم المهمـــات التعليمـــية بشـــكل فـــردي وكذلك معدل التعلم وكمية الإعادة وتصحيح المواد والمهمات.

٨- السماح لكل طالب بالتعلم بحسب سرعته الخاصة.

٩- الاحتفاظ بسجلات فردية دقيقة لعملية التعلم.

١٠- تشجيع تعلم الطلاب عن طريق التوجيه الذاتي.

١١- تطوير معايير وإجراءات تمكن التلاميذ من الحكم على عملهم.

ويؤكد جيتسكل وهورويتز بالنسبة لمجال تعليم الفنون أن كل تلميذ في حجرة الدراسة سواء أكان عادياً أم معوقاً أم موهوباً مسوف يحتاج إلى معالجة فردية في التدريس، وإذا كان معلم الفن يعمل في فصل كله من بطيئي التعلم فإن المبدأ ذاته يجب أن يطبق، حيث لن يستجيب طفلان بطريقة واحدة، ومن هنا يتحتم أن يعد لكل طفل برنامجاً تربوياً على أسس فردية، ويتناسب مع احتياجاته واستعداداته الخاصة.

٤- المشاركة الجماعية:

بالإضافة إلى ضرورة مراعاة الفروق الفردية، والاهتمام بنمو المعوق وشخصيته كفرد أو كحالة مستقلة، وتفريد التعليم تبعاً لمتطلبات نموه واحتياجاته التربوية والنفسية الخاصة، فإن البرنامج التعليمي وما يتضمنه من نشاطات أكاديمية وغير أكاديمية وتأهيلية مهنية يجب أن يكفل في جانب منه الاهتمام بنمو المعوق كعضو في جماعة يدرك التزاماته وواجباته إزاءها، كما يسعى إلى الحصول على حقوقه سواء بسواء.

إن النشاطات الجماعية التي يشارك في ممارستها أكثر من فرد واحد كفريق يوزعون الأدوار فيما بينهم، ويدركون مسئولياتهم المشتركة من خلالها، تكفل لهم فرصاً واسعة للتمرس على التعبير والأخذ والعطاء، وتبادل الرأي، والتعاون والإقدام، والامتثال لصالح الجماع. فضلاً عن أنها تهيئ الفرصة لظهور بعض المواقف والمشكلات التي ربما لا تظهر من خلال الأعمال والخبرات الفردية، وتحثهم على مواجهة هذه المشكلات.

وتبدو قيمة الأنشطة الجماعية الفنية- كمثال بالنسبة للمعوقين ليس فيما يتمخض عن هذه الأنشطة من نواتج فنية- كصورة أو رسم ما- وإنما فيما تتضمنه وتكفله من علاقات متبادل، وتفاعلات بين أعضاء الجماعة أثناء ممارستها. لا سيما بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من العزلة والانسحاب والتمركز حول الذات، أو الذين يخشى أن تترتب أمثال هذه المظاهر على إعاقتهم.

ويقع العبء الأكبر على معلم الفن في استغلال ما تكفله تلك المشروعات والأعمال الفنية الجماعية من علاقات وتفاعلات وتوجيهها لمساعدة أعضاء الجماعة الفنية على تحقيق المزيد من الاندماج والنمو الاجتماعي، وفي تنمية مهاراتهم الاجتماعية، وتعديل سلوكهم المضاد لقيم المجتمع والمعايير الاجتماعية بما يتناسب مع هذه المعايير، وذلك لما لهذا الجانب من أهمية فائقة في مساعدتهم على تحقيق التوافق الاجتماعي.

مما يتكون فريق عمل الفئات الخاصة:

يتكون فريق العمل والتقييم مع الفئات الخاصة من عدة أعضاء، وهم:

- الوالدان.
- معلم التربية الخاصة.
- الأخصائي الاجتماعي.
- الشخص المعوق ذاته.
- مدير المدرسة أو المؤسسة.
- الأخصائي النفسي.
- الطبيب.

كما يتضمن الفريق أعضاء آخرين يختلفون بحسب الحاجة وحالة الإعاقة، من بينهم أخصائي العلاج الفسيولوجي والطبيعي، إخصائي الكلام والتخاطب، إخصائي التدريب والتأهيل المهني، إخصائيو قياس السمع، والإبصار، ومعالجون بالعمل والفن والموسيقى وغيرهم. وفيما يلي توصيف لأهم الواجبات والمهام الموكولة لبعض أعضاء هذا الفريق. (١٥)

أولاً: الوالدان:

تتحمل الأسرة- كلها أو بعض أفرادها لاسيما الوالدان- مسئوليات وواجبات كثيرة لمساعدة الطفل المعوق في التغلب على كثير من مشكلاته خاصة في سنوات الطفولة المبكرة. فعلى عاتقها تقع المسئولية الأولى في رعاية نمو الطفل، وفيها يخبر الطفل ردود الأفعال أو الاستجابات الانفعالية الأولى إزاء مظاهر قوته وضعفه سواء بالرضا والتقبل والتفهم. أم بالرفض والإنكار والشعور بالذنب وتناقض المشاعر. وتحدد هذه الاستجابات إلى حد كبير طريقة معاملة الوالدين للطفل صحيحة أم خاطئة، كما تشكل أساساً قوياً لنمو شخصية الطفل ونمط توافقه، وشعوره بهويته الذاتية، وتشكيله لمفهومه عن ذاته على نحو إيجابي أم سلبي، ويعد الوالدان عنصراً مهماً داخل فريق العمل ليس باعتبارهما متلقيان للخدمات، وإنما كمشاركان فاعلان في تقديم هذه الخدمات لا سيما ما يتم تطبيقه منها ومتابعته وتقييمه داخل المنزل.

واجبات الوالدين ومهامهما:

١- إجراء الفحوص والاستشارات الوراثية اللازمة قبل الزواج لاسيما إذا كانا من الأقارب، للوقاية من إنجاب أطفال معوقين بسبب الأمراض الوراثية.

٢- تأمين صحة الأم الحامل، واتخاذ التدابير الطبية للكشف عن الأمهات الأكثر عرضة لولادة أطفال معوقين كما في حالات التعرض للإشعاعات، والإصابة ببعض الأمراض، كسوء التغذية، وتسمم الحمل، والحصبة الألمانية، والزهري والسكر وغيرها.

٣- إجراء التحصينات والتطعيمات المبكرة للطفل ضد الأمراض كشلل الأطفال والدرن الرئوي والخصبة وغيرها.

٤- توفير الغذاء المتكامل لضمان النمو الجسمي والعقلي للطفل.



٥- متابعة نمو الطفل وسلوكه من حيث النواحي الصحية والجسمية والحركية والحاسية والبصرية والسمعية خاصة- واللغوية والانفعالية والاجتماعية، وإحالته إلى المتخصصين لدى ملاحظة أي قصور وذلك لمزيد من الفحص والتقييم.

٦- إمداد الأخصائيين بالبيانات الدقيقة الوافية اللازمة عن الطفل، وظروفه البيئية، بما يساعدهم على تقييم حالته وتشخيصها بدقة، وتحديد احتياجاته الخاصة والبرنامج الملائم لرعايته.

٧- اتباع أساليب والدية إيجابية في تنشئة الطفل ورعايته، قوامها الرضا والتقبل والواقعية، والتشجيع والمساندة.

والنظرة التفاؤلية إلى الطفل المعوق ليس على أنه فرد ناقص، وإنما على أنه كيان متكامل يتمتع بإمكانات واستعدادات قابلة للنمو إذا ما أتيحت له الفرصة لذلك.

٨- توفير بيئة أسرية تكفل إشباع الحاجات الأساسية للطفل، وتنمية مهاراته الحاسية والحركية واللغوية، ومهارات الاستقلالية والاعتماد على النفس بقدر استعداداته، وكذلك اتجاهاته الاجتماعية بما يتحقق تفاعله واندماجه مع الآخرين في محيطه الأسري والعائلي والاجتماعي.

٩- التعرف على استعدادات الطفل في المجالات المختلفة، وتهيئته للالتحاق بالمدرسة.

١٠- التعاون والتنسيق مع بقية الأخصائيين في المدرسة أو المؤسسة لمتابعة حالة الطفل ومشاركتهم تنفيذ البرنامج المحدد لرعاية الطفل تعليميا ومهنياً وتأهيلياً ومساعدتهم على تقويم فاعلية البرنامج.

١١- الدفاع عن حقوق الطفل في الخدمات المختلفة وحمايتها.

ثانياً: مهام وواجبات معلم الفئات الخاصة:

١- المشاركة في تقييم وتشخيص الحالات، وتحديد مستوى الأداء التحصيلي الحالي لها.

٢- المشاركة في تحديد الاحتياجات الخاصة عموماً لكل حالة مع التأكيد على الاحتياجات التربوية والأكاديمية لها.

٣- تحديد الأهداف التربوية والتعليمية لكل طفل.

٤- تحديد البرنامج التربوي والتعليمي، والبرنامج الفردي والأنشطة الجماعية المناسبة.

٥- تحديد الخطة التعليمية ومستوياتها.

٦- تحديد المواد والمصادر والوسائل والأنشطة التعليمية المناسبة لحالة الطفل.

٧- تحديد أساليب التدريس وطرقه المناسبة لكل طفل.

٨- تنفيذ عملية التدريس.

٩- التقييم المستمر لأداء الطفل قبل التدريس وأثنائه وبعده، ومتابعة التقدم والنمو التعليمي والمعرفي والمهاري والوجداني للطفل.

١٠- استخدام طرق وأساليب تعديل السلوك المناسبة لحالة الطفل.

١١- المشاركة في إرشاد ومعاونة المعلمين العاملين بالمدارس العادية التي يتعلم فيها أطفالاً ذوو احتياجات خاصة.

١٢- المشاركة في التوجيه والإرشاد الأسري، لا سيما بالنسبة للوالدين وأولياء الأمور، فيما يتعلق بالجوانب الأكاديمية والتحصيلية للطفل.

١٣- تهيئة المواقف والبرامج الترويحية، والأنشطة الثقافية والاجتماعية، والفنية والرياضية، والرحلات والزيارات التي من شأنها أن تعزز شعور

الأطفـــال بالســـعادة، وتوثـــق صـــلاتهم ببيـــئاتهم ومجتمعهم، وتحقق اندماجهم الاجتماعي.

١٤- الـــتعاون مـــع بقية الأخصائيين في فريق التربية الخاصة، وتبادل المعلومات اللازمـــة معهم بشأن نمو الطفل ومشكلاته، وإحالته إلى غيره من المتخصصين عند اللزوم وبما يحقق صالح الطفل.

ثالثاً: مهام وواجبات الإخصائي النفسي في مجال التربية الخاصة:

حـــدد فـــاروق صـــادق (١٩٩١) واجـــبان الإخصائي النفسي في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة على النحو التالي[١٦]:

١- المشـــاركة فـــي فرز الحالات: وذلك من خلال المسوح التي تجريها السلطات أو الدوائـــر التعليمـــية أو الصحية أو الاجتماعية بغية الكشف عن مدى انتشار نوعـــية أو شـــكل معـــين من أشكال الانحراف: كالتخلف أو التفوق العقلي أو الصمم أو العمى وتحديد حجم الظاهرة على مستوى شريحة اجتماعية محددة أو على مستوى المجتمع كُكل.

٢- المشـــاركة فـــي عملـــية التقييم والتشخيص الشامل للحالة: وذلك للتعرف على إمكاناتهـــا وأوجه القصور فيها من الجانب النفسي، عن طريق المقابلة وتطبيق الاختـــبارات والمقاييس النفسية المقننة، مع الاستعانة بمصادر البيانات الأخرى المتاحة من الوالدين والتقارير الطبية والاجتماعية، بحيث يتم تحديد الخصائص السلوكية المؤثرة في أداء الحالة إيجاباً وسلباً، ومن ثم احتياجاتها الخاصة.
جديـــر بالذكـــر ضـــرورة التزام الإخصائي النفسي بمعايير وضوابط أخلاقية ومهنـــية معينة في استخدامه للاختبارات والمقاييس لعل من أهمها أن تكون تلك الاختـــبارات مســـتوفية للشـــروط السيكومترية اللازمة: كالموضوعية والثبات والصـــدق ووجود معايير يمكن مقارنة أداء الأفراد بها، وأن يحتفظ الأخصائي بســـرية البـــيانات المستخلصـــة من هذه الاختبارات، وإلا يتم تداولها بين غير

المهنيين، أو اطلاع أحد عليها إلا بغرض الاستفادة بها لمصلحة المفحوص وبما يشكل تهديداً لذاته أو ضرراً عليه، وبعد موافقته، وأن يحاط المفحوص وبما لا يشكل تهديداً لذاته أو ضرراً عليه، وبعد موافقته، وأن يحاط المفحوص بنتيجتها إذا كان راشداً مستبصراً وفي حالة رغبته في ذلك، ومن المهم أيضاً أن ينظر إلى نتائج الاختبارات والمقاييس كمؤشرات مبدئية على وجود الصفات المقيسة لدى الفرد، ويتم تفسيرها في ضوء البيانات الأخرى المتجمعة عنه، وليس على أنها أحكاماً تصنيفية قاطعة أو نهائية أو دائمة عليه بالتخلف العقلي مثلاً أو الاضطراب وعدم الاتزان الانفعالي.

٣- المشاركة في قرار توجيه الحالات وقبولها في المدرسة أو المؤسسة: وذلك على أساس خصائص كل حالة، ومدى استفادتها من البرنامج أو البرامج الموجودة داخل هذه المؤسسة، ومدى استيفاء الحالة لشروط القبول بها.

٤ - تصنيف الحالة وتسكينها في مستوى مناسب أو مجموعة مناسبة بناء على مؤشرات واقعية على مستوى أداء الحالة، ومدى تجانسها مع غيرها من الحالات واحتياجاتها الخاصة، وذلك بما يضمن النمو والتوافق وأفضل أداء ممكن.

٥- المشاركة في رسم البرنامج الفردي والجماعي وتنفيذه يشارك الأخصائي النفسي الأخصائيين الآخرين في المدرسة أو المؤسسة تحديد الأهداف الإجرائية للبرنامج وتخطيطه، كما يقوم بترجمة هذه الأهداف إلى أنماط سلوكية ومفاهيم ومهارات ويشرحها للمدرس أو المعالج، وكذلك تحديد نوع الموقف والإمكانات والأنشطة الممكن استخدامها مع الحالة، ومتابعتها، ومناقشتها، وتحديد الخطوات التالية كما هو الحال في مؤتمر الحالة.

٦- التوجيه والإرشاد الفردي أو الجمعي: تعد مهمة التوجيه والإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة من أهم واجبات الأخصائي النفسي، حيث يعاني

أفــراد هذه الفئات عديداً من المشكلات اليومية الحياتية أو الأسرية أو التوافقية الدراســية والاجتماعــية: كالانسحاب والاضطراب الانفعالي والقلق والصراع والتناقض الوجداني والعدوان وغيرها، وهو ما يستلزم تدخل الأخصائي النفسي بجمــع البيانات عن كل حالة، واستخدام طريقة العلاج المناسبة لمساعدتها على تحقــيق الــتوافق الشخصــي والاجتماعــي، وإشــباع حاجاتها النفسية وتنمية استعداداتها للمشاركة والتفاعل الاجتماعي.

٧- المشــاركة فــي تشــخيص صعوبات التعلم وعلاجها: حيث يتوقع أن تصاحب الإعاقــة بعــيوب وصعوبات في القراءة أو الكتاب، أو تعلم العمليات الحسابية، وكــذلك عيوب النطق والكلام والتعبير اللغوي، ويشارك الأخصائي النفسي مع كــل من المعلمين والأخصائيين الآخرين في تخطيط البرنامج التعليمي الفردي لمثل هذه الحالات وتنفيذه ومتابعته وتقييمه.

٨- المشــاركة في التوجيه التربوي والمهني: يلزم ذوو الاحتياجات الخاصة توجيهاً ديناميــاً متصــلاً لكــل حالة منذ دخول المؤسسة أو المدرسة حتى الانتهاء من التعلــيم ثــم الــتدريب والتأهيل المهني والاجتماعي، عن طريق جمع البيانات اللازمــة عــن مــيولها واســتعداداتها. ومتابعتها وملاحظتها في مواقف الأداء الدراســي والنشــاطات المختلفة داخل المؤسسة وخارجها، والقيام بتسجيل هذه الحقائــق، والإفادة منها في توجيه الحالة ونقلها من جماعة إلى جماعة، أو من مرحلة تعليمية إلى أخرى مهنية أو تشغيلية وظيفية.

٩- مــتابعة الحالات: عند تخرجها ومساعدتهم في الاتصال بأماكن العمل والتشغيل بعــد انــتهاء بــرامجهم داخــل المــدارس والمؤسسات. وعلى تحقيق التوافق الاجتماعي والمهني مع ظروف العمل.

١٠- المشــاركة فــي برامج إعادة التأهيل: ربما لا تستطيع بعض الحالات التوافق مــع حــياة العاديــين بعــد اكتمال تعليمها أو تأهيلها مهنياً. نظراً لعدم كفاءتها

الشخصـــية والاجتماعـــية والمهارية المهنية، ويتطلب ذلك مشاركة الإخصائي النفســـي فـــي إعادة تدريب هذه الحالات وتأهيلها بما يتناسب مع خصائص كل منها، والمهارات المستلزمة، واحتياجات المجتمع.

١١- المشـــاركة فـــي تعلـــيم أولـــياء الأمور وتدريبهم، وذلك لزيادة كفاءة الوالدين والأســـرة، فـــي تحمـــل مســـئولياتهم إزاء الحالة، عن طريق الإرشاد الأسري وتعـــريف الـــوالدين بماهية الإعاقة وأسبابها ومظاهرها وتأثيراتها على كل من الفـــرد والأســـرة والمجـــتمع، وتبصـــير الوالدين بأهداف البرنامج التعليمي أو التأهيلي أو العلاجي ودورهما في تنفيذه ومتابعته.

١٢- المشاركة في عملية الدفاع الاجتماعي عن ذوي الاحتياجات الخاصة: ويقصد بهـــا التعـــريف بحقـــوقهم في التعليم والتأهيل والاندماج الاجتماعي، والعمل أو التشغيل، وكذلك حقوقهم المدنية والشرعية، ورعايتهم صحياً واجتماعياً وتربوياً ومهنـــياً، والعمـــل علـــى كفالـــة هذه الحقوق وتأمينها. (فاروق محمد صادق، ١٩٩٢).

رابعاً: مهام وواجبات الأخصائي الاجتماعي في مجال التربية الخاصة:

١- المشاركة في عمليات التشخيص والتقييم الشامل بجمع البيانات وإجراء البحوث الاجتماعـــية وتقـــديم التقاريـــر، مـــع التأكيد على التاريخ التطوري للحالة في الماضـــي والحاضـــر، والخلفية الأسرية وردود أفعال الأسرة إزاء حالة الطفل، والواقـــع الاجتماعـــي لـــه، وعلاقاتـــه ومشـــكلاته الاجتماعية ومدى نضوجه الاجتماعي.

٢- بـــناء وتنمية علاقات مهنية فعالة مع الطفل وأسرته قائمة على الثقة والاحترام المتـــبادل، وإظهـــار مشـــاعر الاهتمام والتقبل والمساندة والتشجيع، واستخدام أساليب الشرح والتفسير والإقناع.



٣- استخدام فنيان وطرق التدخل المهني المتعدد للخدمة الاجتماعية لمواجهة مشكلات الطفل ومساعدته على التوافق: كخدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع.

٤- المشاركة في عملية الإرشاد الأسري لمساعدة الأسر على التخفيف من المشاعر السلبية تجاه الإعاقة، وتصحيح مفاهيمها عن حالة الطفل وأسبابها، وتبصيرها بدورها في تقبله والتعايش مع حالته، وكيفي معاملته، وتهيئة مناخ أسري آمن خال من الضغوط البيئية قدر الإمكان.

٥- المشاركة في التوجيه والتابعة المستمرة للطفل ونموه خلال مراحل تعليمه وتأهيله، وبعد تشغيله وتأهيله اجتماعياً، للتعرف على ما يواجهه من صعوبات ومشكلات، ومساعدته في حلها وفي تحقيق المزيد من التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

٦- ملاحظة سلوك الطفل وعلاقاته وتفاعلاته داخل البيئة الأسرية، والمدرسية، أو المؤسسية، والمجتمعية، للوقوف على أهم مشكلاته ومساعدته على تقبل الحياة الاجتماعية، وتحسين علاقاته ومقدرته على الأداء والاندماج الاجتماعي.

٧- تبصير المعوق بحقوقه وواجباته، وتعريف أسرته بمصادر الخدمات المجتمعية التي كفلتها الدولة والمؤسسات الأهلية، وكيفية الحصول عليها.

٨- توثيق الصلة وتقوية الروابط بين أسرة الطفل والمدرسة والمؤسسة التي تقوم على رعايته، وأعضاء فريق العمل مع الحالة عن طريق تنظيم زيارات ولقاءات دورية يتاح فيها تبادل الآراء والمعلومات، وطرح المشكلات مع التأكيد على دور الأسرة في مواجهتها، وفي متابعة الخطط والبرامج وتقييمها.

٩- التخطيط للنشاطات الترويحية الجماعية المدرسية أو المؤسسية- كالزيارات والرحلات والمعسكرات والمسابقات- والمشاركة في تنفيذها بما يكفل للطفل

الكشف عن مواهبه، وتنمية استعداداته للمشاركة الاجتماعية، وثقته بنفسه، وتوثيق صلته بالبيئة المحيطة.

١٠- الاستفادة من الموارد والإمكانات والتسهيلات المجتمعية المتاحة في البيئة المحلية لتحسين الخدمات المدرسية أو المؤسسية وتطويرها وزيادة كفاءتها.

١١- المشاركة في الدفاع الاجتماعي عن المعوقين. وإثارة اهتمام الرأي العام بقضاياهم ومشكلاتهم على مستوى المجتمع، واستنفار الجهود التطوعية والشعبية للمشاركة في رعايتهم وتشغيلهم، وتأمين حقوقهم.

١٢- الاتصال بالجهات والمنظمات والهيئات المعنية لتقديم المساعدات، والأجهزة التعويضية والمعينات السمعية والبصرية، والخدمات المختلفة اللازمة للطفل المعوق وأسرته.

١٣- التعاون مع بقية الإخصائيين في فريق العمل داخل المدرسة أو المؤسسة بما يحقق صالح الطفل، ونموه المتوازن. (١٧)

خامساً: مهام وواجبات الطبيب:

١- الرعاية الطبية اللازمة للأم خلال شهور الحمل الأولى، وأثناء الولادة للتقليل من حدوث الإعاقات في فترة الحمل والولادة ما أمكن ذلك.

٢- الرعاية الطبية للأطفال حديثي الولادة، وخلال سنواتهم الأولى لتشخيص الحالات والتدخل العلاجي المبكر، لمنع حدوث المضاعفات التي يمكن أن تترتب على هذه الحالات كعيوب التمثيل الغذائي، ونقص إفرازات الغدة الدرقية واللذان يمكن أن يؤديا للتخلف العقلي.

٣- المشاركة في التقييم الشامل للحالات مع التأكيد على التاريخ المريض، وتقييم النمو الطبيعي للطفل من النواحي الصحية، والحركية الوظيفية العامة، والسمعية والبصرية، للكشف عن جوانب العجز والقصور فيها، والبدء في الإجراءات العلاجية والتعويضية الطبية.



٤- تحديـد الخـدمات الطبية والتمريضية اللازمة للطفل، ومنها المعينات السمعية والبصرية والأجهزة التعويضية والمشاركة في تقديمها ومتابعتها وتقييمها.

٥- تـبادل المعلـومات والمشورة مع بقية أعضاء فريق العمل مع الطفل، لا سيما بشـأن حالـته الصـحية وتأثيـراتها أو انعكاساتها على نموه النفسي والعقلي والاجتماعي، وعلى تعليمه وتأهيله.

٦- تبصـير الأسرة بالحالة الصحية للطفل. وما تستلزمه من متابعة وطرق رعاية فـي محـيط المنزل خاصة من حيث الجانب الغذائي، والفحوص والتطعيمات الدورية.

٧- المشـاركة فـي عملـية الـدفاع الاجتماعية عن المعوقين، خاصة فيما يتعلق بتأمـين الخـدمات الطبـية اللازمة، وأهمية الاكتشاف والتدخل الطبي المبكر لمـواجهة حـالات الإعاقـة، والتوعية، والإعلام بدور مراكز رعاية الأمومة والطفـولة والـوحدات الصـحية فـي هـذا الصدد، وتدعيم الخدمات الصحية المدرسية.

سادساً: مهام وواجبات إخصائي الكلام والتخاطب:

١- المشـاركة فـي التشـخيص والتقيـيم الشامل للحالات خاصة من حيث النمو اللغـوي، واضـطرابات الـنطق- كالخنف والحذف- وعيوب الكلام كاللجلجة والتعلثم والتهتهة.

٢- دراسة العوامل العضوية والنفسية المسببة للاضطرابات مع الإفادة في ذلك من تقاريـر الأطـباء، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، والمعلومات المتجمعة عن طبيعة البيئة والعلاقات الأسرية.

٣- وضـع البـرنامج العلاجي المناسب لنوع الاضطراب وحدته، وتنفيذه ومتابعته وتقويمه، أو إحالة الطفل إلى المراكز العلاجية المتخصصة.



٤- تنسيق الجهود وتبادل المعلومات بشأن حالة الطفل مع بقية أعضاء الفريق، والإفادة من جهودهم في مساندة وتعزيز البرنامج العلاجي بما يحقق فاعليته ونجاحه.

٥- تبصير الوالدين بدورهما في متابعة حالة الطفل، وإمدادهما بالمعلومات والتدريب الملائم للمشاركة في البرنامج العلاجي أثناء تواجد الطفل بالمنزل.

٦- متابعة حالة الطفل بعد انتهاء البرنامج العلاجي، واتخاذ ما يلزم اتخاذه من إجراءات بشأن مواصلة مراحل أخرى من العلاج، أو تعزيز المكاسب والمهارات التي اكتسبها الطفل نتيجة البرنامج العلاجي.

٧- المشاركة في توعية الأسر بالتأثيرات السلبية للمناخ الأسري المشبع بعدم الاستقرار والاضطراب والخوف، وطرق التنشئة الخاطئة كاستخدام العقاب البدني والتهديد والقسوة في معاملة الطفل على نموه اللغوي، وبأهمية التفاعل اللفظي مع الطفل كوسيلة لزيادة مفرداته اللفظية ومحصوله اللغوي.

سابعا: مهام وواجبات أخصائي التدريب والتأهيل المهني:

١- المشاركة في التشخيص والتقييم مع التأكيد على تحليل الفرد وتقييم استعداداته ومقدرته المهنية عن طريق الوسائل المختلفة، كالمقابلات المهنية والاختبارات والمقاييس، والملاحظة السلوكية للأداء. وعلاقته بزملائه. والإفادة من تقارير أعضاء الفريق الآخرين عن الحالة من النواحي الصحية والسيكولوجية والاجتماعية.

٢- اختيار نوع العمل الملائم للحالة في ضوء كل من تحليل العمل والأنشطة التي يتطلبها والكفاءات التي يستلزمها من جانب، وما أسفر عنه تحليل الفرد من بيانات عما يتمتع به من استعدادات ومقدرات مهنية من جانب آخر.

٣- تحديد المهام التدريبية اللازمة، وتحليل المهارات المتضمنة فيها.

٤- تحديد الأهداف العامة لبرنامج التدريب والتأهيل المهني للفرد، والخاصة بكل مهمة أو مهارة.

٥- وضع البرنامج التدريبي المناسب، وتفوير متطلباته من حيث الورش والمواد والخامات والمدربين، وتهيئة الظروف البيئية الملائمة لعملية التدريب؛ كالإضاءة والتهوية وتنظيم المكان، وتوزيع فترات العمل والراحة.

٦- تنفيذ برنامج التدريب على اكتساب المهارات، وتنمية العادات والميول المرتبطة بالعمل بما يكفل استغلال استعدادات الحالة لأقصى حد، وتحقيق أعلى مستوى أدائي مهني لها.

٧- تقييم مستوى الأداء، وتحقيق مرونة البرنامج بما يساعد على تذليل الصعوبات التي قد يواجهها الفرد في التدريب، والتوفيق بين إمكاناته واحتياجاته ومتطلبات العمل.

٨- المشاركة في عملية التوجيه والإرشاد المهني للفرد، وتعريفه بفرص العمل المتاحة، والأعمال التي تتفق واستعداداته ومقدراته ومهاراته.

٩- استخدام وتوظيف موارد المجتمع والهيئات والمصانع والورش في التدريب والتأهيل المهني للمعوقين، وتوفير التجهيزات اللازمة للتدريب، والتنسيق مع الهيئات المعنية لتوفير فرص العمل والتشغيل.

١٠- متابعة الحالات مهنياً، والتقييم المستمر لها للتعرف على المشكلات التي تعوق توافقهم المهني ومساعدتهم في التغلب عليها، وكتابة التقارير اللازمة بشأنها وتبادل المعلومات الخاصة بها مع أعضاء فريق العمل.

مراجع الفصل الأول

١- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٥): فقدان السمع، المعينات السمعية.. وطفلك: دليل الآباء والأمهات، القاهرة: دار النهضة العربية.

٢- محمد علي كامل (١٩٩٦): سيكولوجية الفئات الخاصة، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

٣- مواهب عياد وآخرون (١٩٩٥): المرشد في تدريب المتخلفين عقلياً على السلوك الاستقلالي في المهارات المنزلية منشأة المعارف، الإسكندرية.

٤- يوسف القريوتي وعبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي (١٩٥٥): المدخل إلى التربية الخاصة، دبي: دار القلم.

5- Alexandria, P. & Muia, J. (1982): Gifted Education: A Comprehensive Roodmap. An Spen Publication: London.

٦- سهى أحمد أمين، (١٩٩٩): المتخلفون عقلياً بين الإساءة والإهمال، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ط١.

7- Clark, B. (1988) Growing up gifter: Developing the Potential of Children at Home and at School,. Charles E. Merrill Publishers Company.

8- Hanninen A. Kenneth (1975): Teaching the Visually Handicapped. Charles E. Merrill Publishing Company Columbus Ohio: A Bell & Howell Company

9- Joanne Whitmore (1980): Giftedness, Conflict and Underachievement, Allyn and Bacon, Inc., Boston.

١٠- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩): الذاتوية، مكتبة إهداء الشرق، القاهرة، ط١.

11- Lindsey, M. (1980): Training Teachers for the Gifted and Talented. Teach College, Press, New York.



١٢- بدر العمر (١٩٩٠): المتفوقون: تعريفهم- رعايتهم- برامجهم، إعداد مدرسيهم، مجلة دراسات تربوية، المجلد الخامس، الجزء الرابع والعشرون، القاهرة، عالم الكتب.

١٣- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩١): إرشاد آباء وأمهات الأطفال المتفوقين عقلياً، المؤتمر القومي الثاني لرعاية المتفوقين، القاهرة: وزارة التربية والتعليم.

١٤- حسام أحمد إسماعيل هيبة (١٩٨٢): دراسة لمفهوم الذات لدى المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير، كلية التربية: جامعة عين شمس.

١٥- زينب شقير (١٩٩٩): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

١٦- سهير محمود أمين (١٩٩٩): اللجلجة- أسبابها- علاجها، دار الفكر العربي، القاهرة.

١٧- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة إهداء الشرق، القاهرة، ط١.

الفصل الثاني

دمج الفئات الخاصة مع أقرانهم العاديين

الفصل الثاني
دمج الفئات الخاصة مع أقرانهم العاديين

مفهوم عملية الدمج:

إن المفهوم الشامل لعملية الدمج هو أن تشتمل فصول ومدارس التعليم العام على جميع الطلاب بغض النظر عن الذكاء أو الموهبة أو الإعاقة أو المستوى الاجتماعي والاقتصادي أو الخلفية الثقافية للطالب، ويجب على المدرسة العمل على دعم الحاجات الخاصة لكل طالب.

يناقش هذا الفصل الأسباب والمبررات التي دعت إلى تطبيقُ عملية الدمج في مدارس وفصول التعليم العام.

عناصر عملية الدمج:

العامل الأول: التعاون الشامل والمنظم بين جميع المسئولون عن عملية الدمج

ولقد حدد كل من (Stone and Collicott, 1994) الجهات الثلاث المسئولة عن عملية الدمج وهي:

١- فريق تقديم الخدمات على مستوى المدرسة.

٢- فريق تقديم الخدمات على مستوى المنطقة أو الإدارة التعليمية.

٣- المؤسسات الاجتماعية التي تساهم في عملية الدمج.

تعمل هذه الجهات الثلاث وتتعاون وتنسق فيما بينها من أجل تطوير قدرات العاملين فيها إضافة إلى تقديم الخدمات والدعم اللازم لتنمية قدرات الطلاب ونجاح عملية الدمج.

العامل الثاني: يعمل الخبراء والاستشاريون في هذا المجال فريقاً واحداً، حيث يضم هذا الفريق خبراء ذوي تخصصات مختلفة يعملون معاً في تخطيط وتنفيذ

البرامج التربوية اللازمة للطلاب ذوي الحاجات الخاصة والمندمجون في مدارس وفصول التعليم العام.

العامل الثالث: التعليم التعاوني الذي يشتمل على جميع مكونات عملية التدريس بما يؤدي إلى توفير مناخ تعليمي داخل الفصل يساعد جميع الطلبة على الوصول إلى أقصى درجات قدراتهم الكامنة بغض النظر عن درجة الاختلاف في هذه القدرات أو في نوع اهتمامات هؤلاء الطلاب.[1]

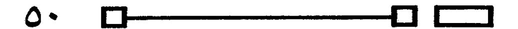
ويتم التعليم التعاوني بطرق وأساليب متعددة منها:

١- المجموعات غير المتجانسة، حيث يقسم طلاب الفصل إلى عدد من المجموعات، تضم كل مجموعة عدداً من الطلاب غير المتجانسين في القدرات والميول والاهتمامات والأنماط السلوكية.

٢- التدريس الفردي أو الخاص، حيث يقوم بعض طلاب الفصل ممن يوصفون بالتفوق في مادة دراسية أو مهارة اجتماعية معينة بتدريس زملائهم ممن يحتاجون إلى مساعدة في هذه المادة أو المهارة.

٣- مجموعات الأنشطة الترفيهية، حيث يقسم طلاب الفصل إلى مجموعات تعهد لكل مجموعة مسئولة تخطيط وإعداد وتنفيذ نشاط اجتماعي أو ترفيهي معين. بحيث تتوافق طبيعة هذا النشاط مع ميول واهتمامات أفراد المجموعة.

٤- التدريس متعدد المستويات، يعتبر واحد من أساليب أو عناصر التعليم التعاوني، حيث يقوم مجموعة من المدرسين أو مدرس واحد بشرح المفاهيم الرئيسية لموضوع الدرس بمستويات مختلفة من التبسيط والشمولية.



إن عملية دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في فصول ومدارس التعليم العام تعود بالفائدة على جميع من لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة بهذه العملية وهم الأطفال والمدرسون والمجتمع معاً، ولهذا فإن الإعداد لعملية الدمج ضمن برامج وتجهيزات شاملة يعتبر من العوامل الهامة التي تساعد على نجاح هذه العملية.

أولاً: الفوائد التي يجنيها الأطفال من عملية الدمج:

لقـد أشار كل من Vandercook, Flectham, Sinclair, and Tetlie 1988 إلى أن جميع الأطفال سوف يستفيدون من عملية دمج الأطفال المعوقين في مدارس وفصول التعليم العام.

فسوف تتاح لهم فرص تعلمهم من بعضهم بعضاً، وينمو لديهم اهتمام لكل واحد منهم بالآخر، ولسوف تزداد اتجاهاتهم نحو بعضهم بعضاً، وتنمو لديهم المهارات والقيم التي يحتاجها المجتمع لبناء مواطنين صالحين كما أنه يمكن القول ببساطة أيضاً إن دمج الأطفال المعوقين في مدارس وفصول التعليم العام يؤدي إلى تحسن مستوياتهم التعليمية.

فلقد أشار (Brinker and Thorpe, 1983, 1984, Epps and Tindell, 1987) إلا أن الأطفال ذوي مستويات الإعاقة المختلفة يتعلمون بصورة أفضل من تعلمهم في مدارس أو فصول التربية الخاصة التي تتبع نظام العزل، وإن عملية الدمج سوف تنجح مع جميع الأطفال المعوقين وغير المعوقين عندما تتوافر التجهيزات والأدوات والخدمات المناسبة، وسوف تعمل على نمو الاتجاهات الإيجابية، واكتساب المهارات الأكاديمية والاجتماعية، وتعد الأطفال للحياة الاجتماعية. إضافة إلى تفادي سلبيات نظام الفصل أو العزل الذي كان يتبع في الماضي.

١- نمو الاتجاهات الإيجابية:

إن توافر الإرشاد والتوجيه من جانب المدرسين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وأولياء الأمور يساعد على نمو الاتجاهات نحو الأطفال المعوقين في فصول ومدارس الدمج.

كما أن تسهيل عملية التفاعل والتواصل بين الأطفال المعوقين والأطفال غير المعوقين تساعد على تنمية الصداقات بينهم، وتنمي لديهم الإحساس والاهتمام



والاحتـــرام المتـــبادل فـــيما بيـــنهم، إضافة إلى فهم وتقبل مبدأ وجود الفروق بين الأفراد.[٢]

٢- اكتساب المهارات الأكاديمية والاجتماعية:

فبالإضـــافة إلـــى نمو الاتجاهات الإيجابية نحو الأطفال المعوقين فقد أشارت الـــبحوث التي تجري منذ السبعينات إلى فوائد يحصل عليها الطلاب من تفاعلهم مع بعضهم بعضاً خلال العام الدراسي، حيث يتعلم الطلاب العديد من المهارات الأكاديمية (Modden, Sabornie, and Crossland, 1992) وذلك من خلال مواقف التفاعل مع بعضهم بعضاً.

إن جمـــيع الطـــلاب بما فيهم الطلاب المعوقين يحتاجون إلى التفاعل اليومي المباشـــر مـــع المدرسين من جهة. ومع بعضهم بعضاً من جهة أخرى، فهذا يساعد على نمو كل من المهارات الأكاديمية والمهارات الاجتماعية.

أمـــا فيمان يتعلق بالطلاب ذوي الإعاقات العقلية. فإنه من الأفضل ألا ينشغلوا كثيراً بعملية اكتساب المهارات الأكاديمية.

وإنه من الأفضل لهم الانشغال بعملية اكتساب المهارات الاجتماعية من خلال عملية الدمج.

ففـــي الاخـــتلاف الـــذي نشـــأ حول عملية دمج أحد الأطفال المعوقين عقلياً، وذلـــك فـــي مديـــنة "الباسو" بولاية تكساس الأمريكية Elpaso, Taxas، أجازت المحكمـــة ضرورة أن يلتحق الطفل المعاق في فصول أو مدارس الدمج في التعليم العام.[٣]

ذلـــك لأنـــه إن لـــم يستفيد أكاديمياً من ذلك فإنه سوف يستفيد من الممارسات والخبـــرات غير الأكاديمية إضافة إلى التدريب على مهارات الحياة الاجتماعية التي تساعده على التفاعل في المجتمع بع ذلك.

٣- الإعداد للحياة الاجتماعية:

نستطيع القول بوجه عام إنه كلما زاد الوقت الذي يقضيه الطفل المعاق مع الأطفال غير المعوقين ضمن برامج الدمج ازدادت قدراتهم الأكاديمية والاجتماعية والمهنية (Fergusonand Asch, 1989, Wehman, 1990)

ويعرف الكثيرون من أولياء أمور الأطفال المعوقين على وجه اليقين أن دمج أبنائهم في التعليم العام يؤدي إلى إتاحة الفرص أمام أبنائهم للتكيف مع الحياة الاجتماعية، وأن هذا يساعدهم على التفاعل مع المواقف الاجتماعية المختلفة بعد الانتهاء من فترة التعليم ويشيرون إلى أن مثل هذا النوع من التكيف أو الإعداد لم يكن متوافراً عندما كان أبنائهم يتعلمون بمعزل عن الطلاب غير المعوقين في مدارس وفصول التربية الخاصة.

كذلك يعي المتخصصون الذين أتيحت لهم فرصة التعامل المباشر مع الطلاب في المدارس أهمية المدرسة في إعداد الأطفال المعوقين للحياة الاجتماعية، وهذا ما عبّر عنه اثنان من المدرسين العاملين في مدارس الدمج بالقول: "إن وجود الأطفال المعوقين مع زملائهم غير المعوقين كان يدفعهم إلى أن يبذلوا قصارى جهدهم ليفعلوا مثل ما يفعل زملائهم من غير المعوقين، وكان هذا التواجد يعززهم ويشد من أزرهم ويقنعهم ويقنع الآخرين بأنهم جزء من الفصل العادي".[٤]

إنني أرى ذلك كل يوم، فقد تعاملت مع الطالبة "تايا" Tia منذ أعوام مضت ولقد كانت هادئة جداً في ذلك الوقت، أما الآن فإنني أراها في فناء المدرسة أو في أثناء انتظار حافلة المدرسة تتحدث وتشارك الطلاب الآخرين في مناقشاتهم ودعاباتهم، لقد قالت لي يوماً، إنها تريد أن تصبح مدرسة عندما تكبر، فلو أنها قالت لي ذلك منذ سنوات أي منذ بداية معرفتي بها لقلت لها أنه من المستحيل عليك أن تصبحي مدرّسة، ولكنني الآن أستطيع أن أقول إنه سيأتي اليوم الذي تحقق فيه تايا Tia أحلامها وتصبح مدرّسة.

٤- تفادي التأثير السلبي لنظام العزل:

عـــندما نقـــارن بين قائمة إيجابيات عملية الدمج بقائمة سلبيات عملية أو نظام العـــزل ندرك تماماً أهمية عملية الدمج من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والمهنية، فعملـــية فصل الأطفال المعوقين في فصول أو مدارس خاصة بهم يؤدي إلى تدمير أو قصور في نمو هذه الجوانب الثلاثة، ولقد أشار "ويهمان" (1990) Wehman الـــذي أجـــرى دراسات عديدة حول هذا الموضوع، إلى أن عزل أو فصل الأطفال المعوقـــين من برامج أو مدارس خاصة بهم لا يساعد على بناء الاستقلالية والكفاءة الاجتماعية، أو الثقة بالنفس، ولكن على العكس من ذلك فإن هذا العزل سوف ينمي لديهم الشعور بالعزلة.

كذلك أشار "براون" (1954) Brown بوضوح إلى أن أسلوب العزل يؤدي إلـــى نمـــو الشـــعور بالضآلة وعدم الأهمية، مما يؤثر في مشاعر وقدرات هؤلاء الأطفـــال المعوقـــين، ويحد من تفاعلهم مع زملائهم ومع الحياة الاجتماعية العامة، كمـــا أن هذا الشعور بالضآلة وعدم الأهمية يؤثر في دافعيتهم للتعلم، وبالتالي يؤدي إلى تأخر نمو كل من الجانب الأكاديمي والجانب العقلي.

إن أسلوب العزل هذا قد أصبح مصدر قلق الأطفال المعوقين الذين عزلوا في مـــدارس ومؤسسات وفصول خاصة، فقد صرح أحد هؤلاء الطلاب الذي تم عزله طوال مراحل حياته الدراسية بما يلي:

"كانـــت الـــرؤية أو البصـــر هـــي وسيلة الاتصال الوحيدة مع الأطفال غير المعوقـــين، فعندما يرى بعضنا الآخر كنا نحملق أو نحدق في بعضنا طوال الوقت دون أن نـــتحدث بكلمة واحدة، ولقد كنت أستشف شعورهم نحونا وأسمعهم يقولون بتأفف" إنهم معوقون...!". (٥)

ولقـــد كـــنا نتجرع كلمات التأفف هذه وغيرها من التعليقات المحرجة، ونشعر أنـــه لا يـــوجد هدف من ذهابنا للمدرسة، وربما كان السبب الوحيد لذهابنا هو أننا

أطفـــال، وأن علـــى الأطفال أن يذهبوا إلى المدرسة، ولكننا كنا أطفالاً منبوذين لا مستقبل لنا، لا أحد يتوقع بأن يكون لنا مستقبل أيضاً".

كذلك فلقد عبرت طالبة أخرى من المعوقات اللواتي تم عزلهن في مدارس أو فصول خاصة طوال مراحل حياتهن الدراسية بقولها:

"لقـــد أنهيت المرحلة الثانوية في مدارس التربية الخاصة، ولكنني لم أكن معدة للحياة الاجتماعية الحقيقية".

ولهـــذا فلقـــد جلســـت في البيت طوال الوقت، ولم أكن أفكر في العمل مطلقاً لأننـــي لم أكن معدة مهنياً أو اجتماعياً، لأن نظام العزل لا يساعد على إعداد الفرد للتفاعل والعيش في المجتمع.

بـــوجه عـــام فإننا نستطيع القول أن نظام العزل يعتبر نظاماً سيئاً له كثير من الســـلبيات أهمهـــا تغريب الأطفال المعوقين. فهؤلاء الأطفال لا يحصلون إلا على القلـــيل مـــن المعلـــومات أو المهارات الخاصة بالحياة العملية، كما أن التعليم الذين يتلقونه لا يركز على القيم التي تحكم الفروق بين الناس. ولا على التعاون والتفاعل بـــين الأفـــراد على اختلاف قدراتهم وخصائصهم، ولكن على العكس من ذلك فإن نظـــام الدمج وتعليم الأطفال المعوقين جنباً إلى جنب مع زملائهم من غير المعوقين فـــي مـــدارس وفصـــول التعليم العام. سوف يوفر لهؤلاء الأطفال المعوقين فرص اكتساب المهارات التي تساعدهم على التفاعل والعمل في المجتمع. وبالدرجة نفسها مـــن الأهمية فإن زملائهم من غير المعوقين ومدرسيهم سوف يتعلمون أيضاً كيفية التعامل معهم.

ثانياً: الفوائد التي يجنيها المدرسون من عملية الدمج:

لا تقتصر الخدمات التي تقدم في مدارس وفصول الدمج على الخبرات والبرامج التـــربوية الملائمـــة، وعلى على الأساليب والمواد التعليمية التي تساعد على تطبيق عملية الدمج، بل لابد من توافر مدرسين على مستوى عال من الكفاءة والتخصص.

وعلـــى هؤلاء المدرسين اكتساب المهارات اللازمة التي تؤهلهم للعمل مع الأطفال المعوقين في مدارس وفصول التعليم العام.(٦)

إن الـــتحول في النمط المهني لمدرسي التعليم العام، أي تحولهم من التعامل مع الأطفـــال غير المعوقين في مدارس التعليم لعام، إلى التعامل مع فصل غير متجانس يجمـــع في مكوناته مجموعة من الأطفال المعوقين بإعاقات مختلفة وبقدرات مختلفة مـــع مجمـــوعة أخـــرى من الأطفال المعوقين، يعتبر فرصة أمام المدرسين لتنمية وتطوير مهاراتهم المهنية في مناخ من العمل التعاوني المدعوم من جميع الأطراف التـــربوية، وإذا مـــا تـــم ذلـــك بنجاح فإن المدرس سوف يجني العديد من الفوائد، وأهمها:

١- تعاون جميع أطراف العملية التربوية ودعمهم لبعضهم بعضاً بما يؤدي إلى تنمية المهارات المهنية:

إن مـــن أهـــم الفـــوائد التي يجنيها المدرسون من عملية الدمج هي اكتسابهم لمهـــارات التخطيط في العمل التربوي، والعمل الجماعي، فمعظم أساليب التدريس والعمـــل التربوي في مدارس التعليم العام تعتمد على المدرس أي أنها عملية فردية لهـــذا فـــإن الكثير من المدرسين في هذه المدارس يشعرون بالاغتراب والوحدة لعم توافـــر الدعم والتفاوت في العمل بين المدرسين، فالعمل التعاوني في المدرسة يتيح للمدرســـين فـــرص تـــبادل الآراء والنصـــح والاستشارة، إضافة إلى الدعم النفسي لبعضهم مما يساعد على تحسين قدراتهم المهنية.

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية التعاون وتبادل الآراء بين المدرسين، وكذلك إلى أهمية العمل ضمن فريق.

كمـــا أشار كل من Elliott and Sheridan, 1992 إلى أنهما لاحظا تقدماً كبيراً في المهارات المهنية للمدرسين الذين أتيحت لهم فرصة الحصول على الخدمات الاستشارية، كما أن عدد الأطفال الذين كان يتم تحويلهم إلى خدمات التربية الخاصة

قد انخفض كثيراً وذلك لأن هؤلاء المدرسين وبعد تلقيهم الخدمات الاستشارية لمدة أربع سنوات أصبح لديهم الخبرة الكافية للتعامل مع حاجات الأطفال المعوقين بشكل أفضل عما سبق. (٧)

٢- المشاركة وتدعيم مكانية المدرسين:

من خلال عمل المدرسين في برامج الدمج أصبحوا على وعي كامل بالتغيرات في النظم التربوية والتعليمية. كما أمكنهم أيضاً المساهمة في هذا التغير، وكذلك المساهمة في تفعيل الحياة المدرسية داخل المدرسة.

ولقد أشار كل من Sindelor, Griffin, Smith, and Watanabe (1992) إلى أن المدرسين سوف يتمكنون من تعزيز وتدعيم مواقفهم، وسوف يرتفع شأنهم، وسوف يكون بمقدورهم معرفة التغير الذي يحدث في مجالهم، وبخاصة المشاركة الفعالة في اتخاذ القرار. كما أشارت البحوث أيضاً إلى أن الغالبية العظمى من المدرسين في التعليم العام قد ازدادت لديهم الرغبة في التعاون مع مدرسي التربية الخاصة والالتحاق بالدورات وورش العمل الخاصة بالتعريف بخصائص وحاجات الأطفال المعوقين وأساليب التعامل معهم.

وذلك بهدف أن يكونوا أكثر خبرة وأكثر مرونة في العمل في فصول الدمج، كذلك يتمكنوا من المشاركة الإيجابية في التخطيط لعملية الدمج، واختيار شكل ونوع الدعم المطلوب والخدمات المساعدة التي يحتاجون إليها

Giangreco, Dennis, Cloninger, Edelman, and Schattman, 1993, Myles and Simpson, 1989.

كما زادت أيضاً رغبتهم في تلقي التدريبات خلال فترة عملهم.

إن اكتساب خبرات متعلقة بالتربية الخاصة فيما يعرف بتحول الخبرات عند العديد من مدرسي التعليم العام العاملين في برامج الدمج تعتبر عملية هامة وضرورية بالنسبة لهم، وذلك لردود الفعل السلبية تجاه عملية الدمج التي تنتاب الكثير من هؤلاء المدرسين في بداية الأمر، والكثير من مدرسي التعليم العام قد تغيرت اتجاهاتهم نحو

عملية الدمج تغيراً جذرياً وتحولت مقاومتهم لعملية دمج الأطفال المعوقين في مدارس وفصول التعليم العام إلى نضال من أجل إقرار وترسيخ عملية الدمج وتثبيت وضع الأطفال المعوقين في مدارس وفصول التعليم العام. (٨) فالمدرس الناجح هو المدرس المتفـــتح الذهن والقادر على تغير أو تحويل خبراته إذا دعت الحاجة إلى ذلك وهذا بالطبع لصالح الطفل.

وإن الكثيـــر من المدرسين الذين احتضنوا عملية دمج الأطفال المعوقين كانت عملـــية التحول بالنسبة لهم سهلة فوجود الطفل المعاق في الفصل أصبح موقفاً عادياً إذ يجب التعامل معه كالتعامل مع أي موقف في الحياة المدرسية.

كمـــا يجب مساعدة المدرسين على تطوير خبراتهم وقدراتهم المهنية لتتلاءم مع عملية الدمج، ومواجهة التحديات والعقبات التي قد تواجههم في عملية الدمج، وذلك إيماناً منهم بأن النتيجة سوف تكون في صالح الأطفال جميعهم.

ثالثاً: الفوائد التي يجنيها المجتمع من عملية الدمج:

إن من أهم الأسباب التي دعت إلى دمج المعوقين في مدارس وفصول التعليم العـــام هـــو تحقـــيق قيم العدالة الاجتماعية، فالطلاب يتعلمون هذه القيم عن طريق الممارسة العملية لها في المدرسة. فعلى الرغم من الاختلافات بينهم إلا أنهم جميعاً متســـاويين فـــي الحقـــوق، ونظام الدمج هو أوضح دليل على هذه المساواة، وذلك طبعاً على خلاف ما كان يعمل به في ظل نظام العزل السابق، فالدمج يعزز ممارسة تقبل الفروقات واحترامها.

ولأن مجتمعاتـــنا تمر الآن في مرحلة التحول من عصر الصناعة إلى عصر المعلـــومات، ومـــن المجال الوطني المحدود إلى المجال العالم المترامي الأطراف، ولهـــذا فإنه من المهم العمل على تجنب الأخطاء التي وقعت في الماضي، فنحن في حاجـــة إلـــى مـــدارس تنادي وتعزز وتطبق فكرة المجتمع الواسع القائم عن الأمن والتعاون بين جميع مواطنيه.

مراجع الفصل الثاني

1- Witkin, H.A., Oltman, P.K., Friedman, F., Owen, D.R. Raskin, E. (1969) Role of the Field Dependent and Field-Independent Cognitive Styles in Academic Evolution: A Longitudinal Study J. of Educational Psychology, Vo., 69, No. 3.

٢- أنور محمد الشرقاوي، "التعلم" نظريات وتطبيقات، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٩١.

3- Sternberg, S. , Memory Scaning. Mental Processes revealed by reaction time experiments. In D. Rumentbart1969.

٤- كمال دسوقي: علم النفس ودراسة التوافق، بيروت: مكتبة النهضة العربية، ١٩٧٤.

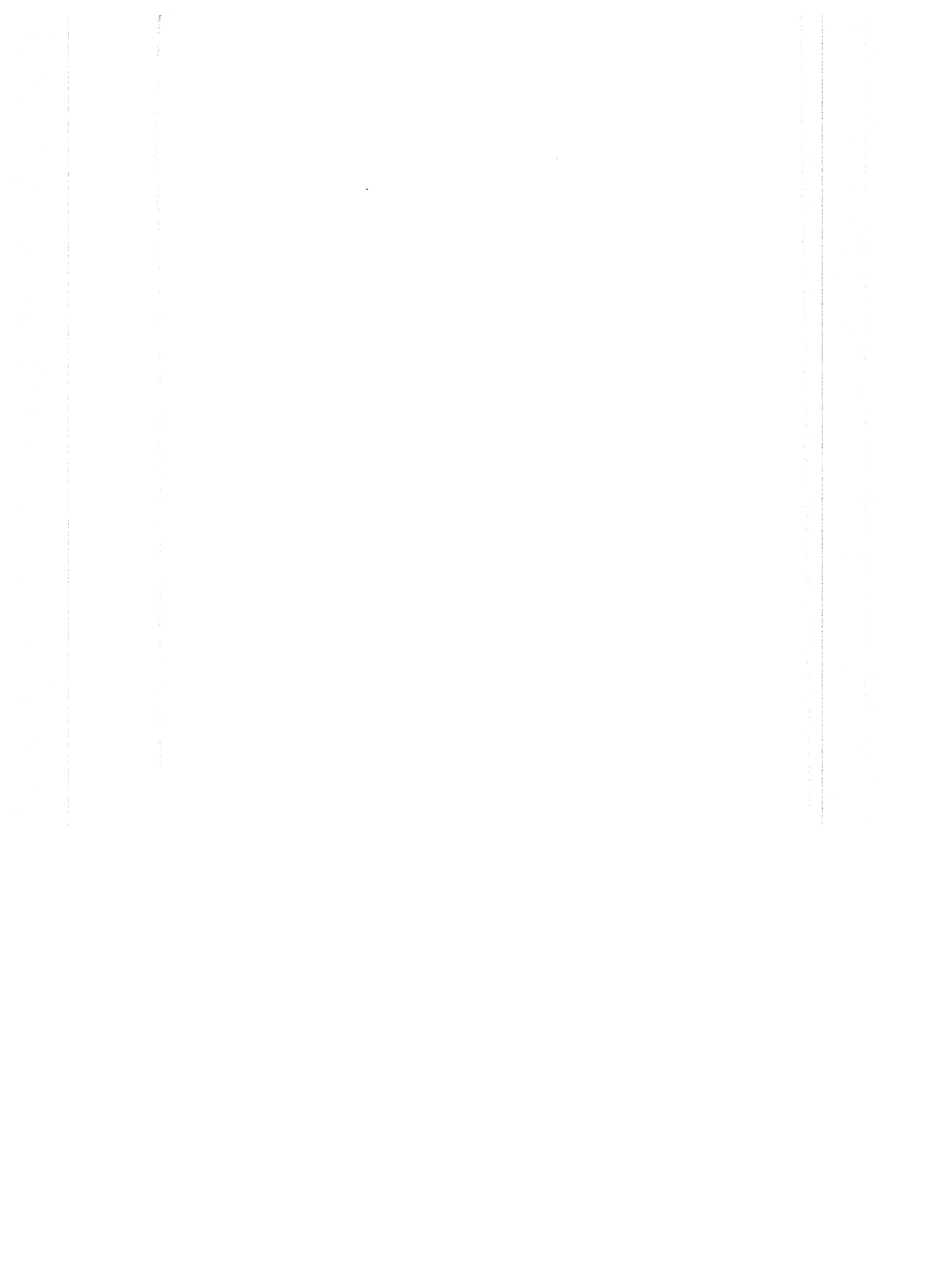
٥- عادل محمد العدل، طرق تجهيز المعلومات للذاكرة قصيرة المدى وعلاقتها ببعض القدرات العقلية، رسالة دكتوراه مودة مكتبة كلية التربية- جامعة الزقازيق ١٩٨٩.

6- Peternson L.R. & Peterson, M., Short Term Relation of Individual item "Journal of Experimental Psychology, 58, 1959

7- Bandura, A.(1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

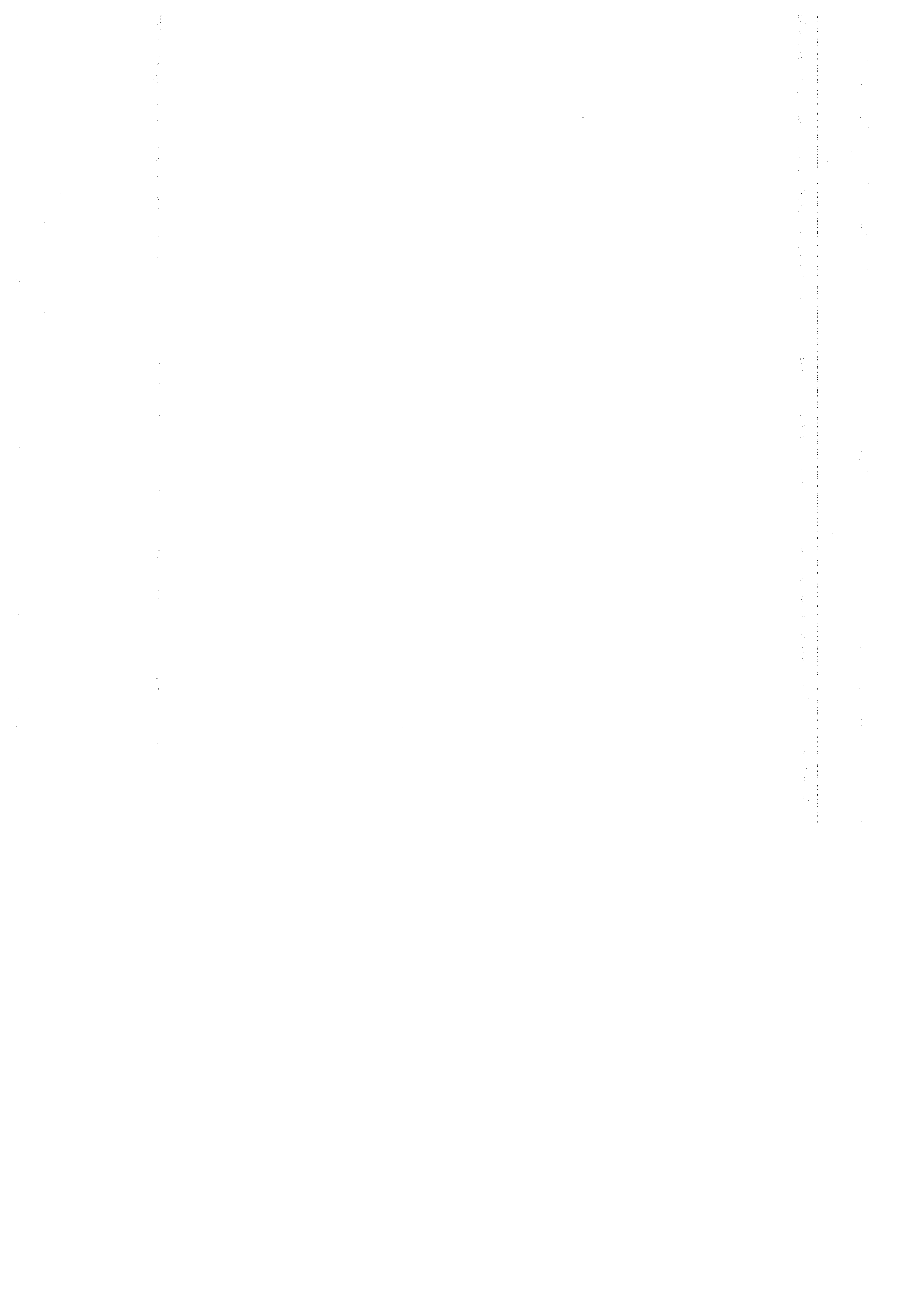
8- Witkin, H.A., Oltman, P.K., Goodenough, Friedman F., Owen, D.R. Raskin, E. (1977) Role of the Field Dependent and Field-Independent Cognitive Styles in Academic Evolution: A Longitudinal Study.





الفصل الثالث

برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة



الفصل الثالث
برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة

مقدمة:

إن أهمية السنوات الأولى من العمر بالنسبة للنمو المستقبلي أمر أدركه التربويون وعلماء النفس وغيرهم منذ فترة طويلة، فإن إيلاء هذه السنوات الاهتمام الذي تستحقه على المستوى العملي جاء متأخراً نسبياً. وإذا كانت الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لنمو الأطفال العاديين فيه أكثر أهمية للأطفال المعوقين.

فسنوات العمر الأولى بالنسبة لأعداد كبيرة منا لأطفال المعوقين سنوات يصارعون فيها من أجل البقاء وفترات تدهور نمائي وضياع فرص يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة. وبدلاً من أن تكون مرحلة الطفولة مرحلة تطور ولعب واستكشاف واستمتاع كما هو الحال للأطفال العاديين فإنها غالباً ما تكون مرحلة معاناة وحرمان للأطفال المعوقين.

وانطلاقاً من هذه الحقيقة أصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها بكل قوة في الميادين العلاجية والتربوية. فمن الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جداً. ولقد أصبح ممكناً في الآونة الأخيرة الكشف عن عدة اضطرابات أثناء الحمل أو لدى الأطفال حديثي الولادة.

وجدير بالذكر أن التعرف المبكر على مثل هذه الاضطرابات المرضية ومعالجتها قبل حدوث تلف في الجهاز العصبي أو غيره من أجهزة الجسم يمنع حدوث الإعاقة. كذلك فإن الإنجازات التي حققها علم الجينات مؤخراً قد جعلت الإرشاد الجيني أداة فاعلة للكشف المبكر عن حالات الإعاقة. هذا الإرشاد يوجه أساساً نحو الأفراد وأولياء الأمور الأكثر عرضة لإنجاب أطفال معوقين. وفي مجال الكشف الصحي المبكر، فثمة تجارب ريادية في حملات الكشف السريع عن الضعف السمعي والضعف البصري والضعف التعلمي.



ومن الإجراءات المعروفة لتحديد الأطفال الذين قد يكونوا بحاجة إلى خدمات خاصة الإجراء المعروف بالكشف الشامل أو واسع النطاق. وتتمثل الخطوة الأولى في الكشف العام بتحديد نوع الكشف الذي سيتم إجراؤه. وفي هذا الصدد فإن إجراءات الكشف أصبحت معروفة ومقننة. [1] وتتمثل الخطوة الثانية في الكشف العام بإحالة الأطفال الذين تبين من الكشف أنهم يعانون من ضعف حسي أو تعلمي. وتتم الإحالة إلى الأخصائيين بالتعاون مع أولياء الأمور وبموافقتهم.

إن التدخل المبكر يلعب دوراً وقائياً حيوياً يتمثل أساساً بمساعدة الطفل على (أ) اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها، (ب) اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية، (ج) تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز، (د) فهم مشاعره ومشاعر الآخرين، (هـ) تطوير اتجاهات إيجابية نحو المدرسة والتعلم.

وليس من شك في أن الوقاية من الإعاقة تتطلب تعرف عوامل الخطر المختلفة التي تهدد نمو الأطفال ليتم تصميم وتنفيذ البرامج القادرة على درء مخاطرها. وبالرغم من أن غموضاً كبيراً مازال يكتنف أسباب إعاقات كثيرة إلا أن البحوث العلمية في العقود القليلة الماضية قد ألقت الضوء على عدد كبير من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة أو المرتبطة بها في مرحلة الطفولة المبكرة. ولكن الإجراءات الوقائية لن تقضي قضاءاً تاماً على الإعاقة وعليه فالحاجة إلى التدخل المبكر حاجة مستمرة وواضحة كل الوضوح. وإدراكاً منها لأهمية التدخل المبكر، فقد سنت بعض الدول مؤخراً تشريعات تضع الكشف المبكر (باعتباره الخطوة التمهيدية التي لا غنى عنها للتدخل المبكر) في رأس قائمة أولويات السياسات الوطنية المتعلقة بنمو الأطفال وصحتهم.

وقد حرصت التشريعات على ربط الكشف المبكر بشكل وثيق بالوقاية من الإعاقة من جهة وبالتدخل المبكر من جهة ثانية. وفي الواقع التدخل المبكر أصبح يحظى في السنوات الأخيرة باهتمام لم يسبق له مثيل، فبرامج التدخل المبكر المنفذة

في المراكز المتخصصة وتلك الموجهة نحو الأسر، والإعلانات العالمية المتعلقة بالتربية للجميع وحقوق الإنسان المعوق بوجه خاص، والبحوث والدراسات العلمية المتصلة بالطفولة والتربية الخاصة، كلها أعطت دفعة قوية لرسالة التدخل المبكر.

وهكذا فإن التدخل المبكر لا يقتصر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة والأطفال ذوي الإعاقات المثبتة، ولكنه يشتمل أيضاً على خدمات الكشف والتشخيص المبكر، والخدمات الوقائية متعددة الأوجه التي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في المجالات الطبية المختلفة وخاصة مجال الرعاية الصحية الأولية، والتوعية الأسرية والجماهيرية بوسائل الاتصال المسموعة والمقروءة والمرئية. وقد أصبحت المجتمعات الإنسانية تدرك أكثر من أي وقت مضى أهمية التدخل المبكر.

التدخل المبكر: ما هو؟

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربويه ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة. وبالرغم من أن الأطفال الصغار في السن الذين لديهم إعاقة أو تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن ثمة أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها. فهم من ناحية أطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية احتياجاتهم. (٢)

ولذلك فإن برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة. ومن ناحية ثانية، فيما أن الأطفال المعوقين أو المتأخرين أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير فإن حاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتفهمها ويعمل على تلبيتها



بشكل كامل ومتكامل. ولذلك فثمة حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعوقين وأسرهم.

وبالطبع فإن الحاجات الفريدة الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي- والانفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفريق والأدوار المتوقعة من كل متخصص.

وبما أن برامج التدخل المبكر تعني بالأطفال في مرحلة عمرية تتباين فيها قدراتهم وحاجاتهم تبايناً هائلاً فإن مناهج وأساليب التدخل تختلف وتتنوع حيث ثمة فروق كبيرة جداً بين طفل عمره شهران وطفل عمره سنتان وطفل ثالث عمره أربع سنوات.

كذلك فإن برامج التدخل المبكر قد يستفيد منها أطفال يعانون من كافة أنواع الإعاقة وثمة فروق كبيرة أيضاً بين طفل لديه شلل دماغي آخر لديه ضعف سمعي وثالث لديه تخلف عقلي وهكذا. فبالرغم من أن هناك بعض برامج التدخل المبكر التي تسمى بالبرامج الفئوية تعني بتقديم الخدمات لفئات إعاقة محددة كالإعاقة البصرية مثلاً، إلا أن معظم برامج التدخل المبكر تتضمن جملة من العمليات التي يتوخى منها تطوير قابليات الأطفال المعوقين الصغار في السن وقدراتهم إلى أقصى درجة ممكنة (انظر الجدول التالي).

الجدول يوضح

العمليات والنشاطات الأساسية في برامج التدخل المبكر

١- التعلم الخاص.
- التقييم التربوي النمائي.
- تطوير المنهاج.
- إعداد الخطة التربوية الفردية.
- اختيار الوسائل التعليمية وتكييفها.
- تصميم الاستراتيجيات التعليمية.

٢- الخدمات الصحية العامة.
- العلاج والجراحة.
- الفحوصات الطبية الروتينية.
- التنظيم الغذائي.
- الخدمات التمريضية.
- الخدمات التشخيصية الدقيقة.

٣- العلاج الطبيعي.

٤- العلاج الوظيفي.

٥- الخدمات النفسية.
- التقييم النفسي.
- العلاج باللعب.
- الإرشاد النفسي.
- تعديل السلوك.

٦- الخدمات الأسرية.
- الزيارات المنزلية.
- الإرشاد الأسري.
- التدريب والتوعية.

٧- القياس السمعي.

٨- العلاج اللغوي.

٩- الخدمات الاجتماعية.
- الدفاع عن حقوق الطفل المعوق.
- دراسة الحالة.
- الدعم.

فئات الأطفال المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

تستهدف خدمات التدخل المبكر الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي والأطفال الذين يحتمل أن تنتهي الحالة المرضية لديهم بتدهور نمائي، والأطفال الذين هم في حالة خطر من حيث إمكانية معاناتهم من التأخر النمائي إذا لم تقدم لهم خدمات التدخل المبكر. ولكن هل من السهل على متخذي القرار تحديد الفئات المستهدفة على ضوء هذا الإيضاح؟ إن هذه المهمة صعبة للأسباب الرئيسية التالية[3]:

١- الطبيعة المعقدة والمتباينة لنمو الأطفال.

٢- عدم توفر أدوات التقييم المناسبة.

٣- عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار.

٤- عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة أخرى.

على كل حال فإن المعايير المعتمدة لتحديد التأخر أو الانحراف النمائي غالباً ما تهتم إما بنسبة التأخر أو بالانحرافات المعيارية عن المتوسط (انظر الجدول ١- ٢).

الجدول يوضح

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر

الأطفال المتأخرون نمائياً (Developmentally Delayed Children):
هم الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو في واحد أو أكثر من المجالات التالية:
١- المجال المعرفي.
٢- المجال الحركي.
٣- المجال اللغوي.

٤- المجال الاجتماعي- الانفعالي.

٥- مجال العناية بالذات.

ويكـــون هـــذا التأخر بواقع انحرافين معياريين دون المتوسط في اثنين أو أكثـــر مـــن المجالات المذكورة، أو بنسبة مقدارها ٢٥% مقاسة بالقوائم النمائية التـــي تستخدم الدرجات من هذا النوع، أو بملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة.

الأطفـــال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية أو عقلية (Children with Established Disabilities):

هم الأطفال الذين يعانون من:

١- اضطرابات جينية.

٢- اضطرابات في عملية الأيض.

٣- اضطرابات عصبية.

٤- أمراض معدية.

٥- تشوهات خلقية.

٦- اضطرابات حسية.

٧- الارتباط الزائد بالألم.

٨- حالات التسمم.

الأطفال الذين هم في حالة خطر (At- Risk Children):

هـــم الأطفـــال الـــذين هم تعرضوا لما لا يقال عن ثلاثة عوامل خطر بيئية (مثل عمر الأم عند الولادة، تدني مستوى الدخل، عدم استقرار الوضع الأسري، وجـــود إعاقة لدى الوالدين، استخدام العقاقير الخطرة) أو بيولوجية (مثل الخداج، الاختناق، النزيف الدماغي).

مبررات التدخل المبكر:

إن الرسالة التي يتمخض عنها تحليل نتائج الدراسات العلمية واضحة وهي أن التدخل المبكر ذو جدوى وأنه كلما كان التدخل مبكراً أكثر كانت الفوائد بالنسبة للأطفال وأسرهم أكبر. وقد أسدلت هذه النتائج الستارة إلى الأبد على الاعتقاد الذي كان سائداً في السابق ومفاده أن النمو ظاهرة ثابتة لا يمكن تغييرها. فالحقيقة ببساطة هي أن التدخل المبكر له ما يبرره. (٤)

وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

١- أن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضاً.

٢- أن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى.

٣- إن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.

٤- إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.

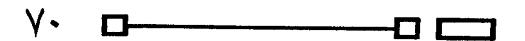
٥- إن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً.

٦- إن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

٧- إن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.

٨- إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.

٩- إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.



١٠- إن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو حال الأخرى.

١١- إن التدخل المبكر يسهم في تجنيب الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقاً.

نبذة موجزة عن تطور التدخل المبكر:

لقد قامت البحوث العلمية أدلة قاطعة على أن لطبيعة الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه. فالمراحل العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهم غالباً ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة. (٥) ففي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية- الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل بمجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي.

وإدراكاً منهم لهذه الحقيقة، أبدى الباحثون والممارسون في ميدان التربية الخاصة في السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة. ويتجلى ذلك الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج إعداد المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة، وتطوير أدوات القياس والتقويم الملائمة للمراحل العمرية المبكرة، واعتماد نتائج البحوث العلمية أساساً وموجهاً لبرامج التدخل. وقد تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها عبر ثلاث مراحل رئيسية(٦):

١- في المرحلة الأولى كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية وبالنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم.

٢- في المرحلة الثانية أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم المعوقين.

٣- فـــي المـــرحلة الثالـــثة أصبح جل الاهتمام ينصب على النظام الأسري بوصفه المحـــتوى الاجتماعـــي الأكبـــر أثراً على نمو الطفل. فقد أصبح دعم الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية.

فـــي الآونـــة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقاً حـــيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يســـتهدف جمـــيع فـــئات الأطفـــال المعرضـــة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية. فالتعـــريف المتداول حالياً للتدخل المبكر هو أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المســـاندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمـــارهم ولأسرهم أيضاً. فالتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والنشاطات المعقـــدة والدينامـــية متعددة الأوجه وتبعاً لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه مـــيداناً متعدد التخصصات. كذلك فهو ميدان يتمركز حول الأسرة حيث أنه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دوراً رئيسياً في تنفيذ الإجراءات العلاجية. فبرامج الـــتدخل الـــناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن فهمه جيداً بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها.

ما هو فريق التدخل المبكر:

إن مـــن الخصائص المميزة لميدان التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة مشـــاركة عدة اختصاصيين في عملية تخطيط الخدمات للأطفال وأسرهم وتقديمها. وبالـــرغم مـــن أن أعضاء الفريق متعدد التخصصات الذي يقوم على تنفيذ خدمات الـــتدخل المبكـــر يختلفون من مجتمع إلى آخر ومن إعاقة إلى أخرى إلا أن الأسر غالـــباً مـــا تـــتفاعل بشكل أو بآخر مع اختصاصيين في طب الأطفال والأعصاب والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعمل الاجتماعي وعلم النفس والتربية الخاصة واضـــطرابات الكـــلام واللغة وغيرهم من الاختصاصيين. وعليه فإن إعداد كوادر

التدخل لا يقتصر على المعلمين فحسب وإن كان معلمو التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة يشكلون العنصر الأكثر أهمية الذي تتحدد في ضوئه فاعلية البرامج والخدمات المقدمة.

إن إعداد الكوادر المؤهلة لتقديم الخدمات الشاملة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة يمثل تحدياً خاصاً بالنسبة لبرامج التدريب قبل الخدمة.

فكلما كان الطفل أصغر سناً كانت مظاهر لديه النمو لديه أكثر تداخلاً وترابطاً وكانت أكبر تأثيراً وأكثر اعتماداً على النظام الأسري. وهذا ما يجعل برامج التدخل المبكر مختلفة عن البرامج التي تعني بالأطفال الأكبر سناً حيث في برامج التدخل المبكر قد تكون الأهداف الأسرية أكثر أهمية من الأهداف المتعلقة بالطفل. وقد تتحمل الأسرة المسئولية الرئيسية في تدريب الطفل وتحقيق الأهداف المتوخاة من تدريبه.

وفي الحقيقة فثمة إجماع في الرأي في أوساط الاختصاصيين في ميدان التدخل المبكر على أن البرامج والخدمات تكون أكثر فاعلية سواء بالنسبة للطفل أو لأسرته عندما تقدم على نحو يدعم ويطور مصادر الأسرة ومواطن القوة لديها ويلبي احتياجاتها وأولوياتها.

وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفال المعوقين الصغار السن وأسرهم حتى في الدول المتقدمة التي حققت فيها التربية الخاصة إنجازات كبيرة في العقود الماضية. ولا يتوقع أن يتم التغلب على هذا النقص إلا بمبادرة حقيقية وفاعلية لتطوير برامج التدريب قبل الخدمة وبرامج التدريب أثناء الخدمة في مجال التدخل المبكر. ومثل هذه البرامج يجب أن يتم تطويرها في ضوء تحليل معمق وشامل للأدوار المتوقع من الكوادر القيام بها. وبالرغم من أن البحوث العلمية لا تقدم معلومات دقيقة في هذا الشأن إلا أن الأدوار الرئيسية عموماً تتمثل في[٧]:



١- فهم مظاهر النمو الطبيعي في مرحلة الطفوله المبكرة سواء من النواحي العقلية أو اللغوية (الاستقبالية والتعبيرية) أو الحركية (المهارات الكبيرة والمهارات الدقيقة) أو الانفعالية- الاجتماعية والشخصية.

٢- القدرة على تطبيق أدوات التقويم الرسمية وتفسير نتائجها.

٣- القدرة على العمل ضمن فريق متعدد التخصصات.

٤- القدرة على تفهم وتلبية الفروق الفردية بين الأطفال.

٥- القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها.

٦- القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال الصغار في السن.

٧- القدرة على تقويم حاجات الأطفال وأسرهم باستخدام الأساليب غير الرسمية مثل الملاحظة والمقابلة وقوائم التقدير.

٨- القدرة على تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر.

٩- القدرة على صوغ أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي المختلفة.

١٠- القدرة على تنظيم البيئة التعليمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل والاستكشاف.

وبالنسبة لبرامج التدريب قبل الخدمة فقد لا تكون متخصصة كاملاً في التدخل المبكر بل قد يكتفي بمساق أو أكثر في هذا المجال. وغالباً ما يتم الاهتمام بمساق مدخلي يوضح حقوق الطفل وأسرته ويعرف بالخدمات والبرامج اللازمة. كذلك فإن العديد من الجامعات وخاصة في الدول المتقدمة تحرص على طرح مساق للتدريب الميداني في التدخل المبكر يعرف الطلاب المتدربون من خلاله على البرامج والخدمات المقدمة في المجتمع المحلي للأطفال وأسرهم.

أما البرامج التدريبية المتخصصة فغالباً ما يقوم على تخطيطها وتنفيذها أقسام متنوعة مثل التربية الخاصة، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والتمريض.

وأمـــا بـــرامج التدريب في أثناء الخدمة فهي تولي أهمية خاصة ويعول عليها كثيـــراً في الدول العربية نظراً لغياب برامج الإعداد قبل الخدمة. ومثل هذه البرامج يجب تنفيذها بشكل مستمر ومنظم ويجب تقويم فاعليتها من أجل تعديلها وتفعيلها.

الكفايات اللازمة للعاملين في ميدان التدخل المبكر:

١- معرفة مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة.

٢- القدرة على معرفة أعراض الإعاقات المختلفة.

٣- القدرة على ملاحظة وتسجيله سلوك الأطفال.

٤- القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلات النمو.

٥- القـــدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى ملائمة لمستوى نمو الطفل ومتوافقة مع نمط التعلم ومواطن الضعف ومواطن القوة لديه.

٦- القـــدرة علـــى تفسير التلميحات الصادرة عن الأطفال واستخدام هذه المعلومات لتنظـــيم بيـــئة تلبية حاجاتهم الفردية وتشجعهم على التفاعل والاستكشاف إلى أقصى حد ممكن.

٧- القدرة على بناء علاقة قائمة على الثقة مع الأطفال من خلال التواصل الفعال.

٨- القدرة على استخدام الأساليب التي تشجع التفاعلات الإيجابية بين الأطفال ذوي القدرات المتباينة والخلفيات الثقافية المتنوعة.

٩- القدرة على تفهم الفروق الثقافية واحترامها.

١٠- فهم الفلسفة الكامنة وراء المنهاج المستخدم.

١١- القـــدرة علـــى الاســـتماع النشـــط والإيجابي وتطوير برنامج عملي لمشاركة الأسرة.



١٢- القدرة على تجنيد وتدريب الفنيين والعمل معهم.

١٣- القدرة على العمل بفعالية كعضو في الفريق متعدد التخصصات.

١٤- القدرة على إدراك مواطن الضعف الشخصية وطلب المساعدة عندما تقتضي الحاجة ذلك.

العمل الفريقي في برامج التدخل المبكر:

إن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها اختصاصيون عديدون. نقدم فيما يلي وصفاً موجزاً لأكثرهم أهمية[٨]:

١- اختصاصي النسائية والتوليد (Gynacologist):

لعل أحداً من الاختصاصيين لا يستطيع أن يلعب دوراً وقائياً كذلك الذي يستطيع اختصاصي النسائية والتوليد القيام به. فمن خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة ومتابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل والإرشاد الجيني وغير ذلك يستطيع اختصاصي النسائية والتوليد الكشف المبكر عن المشكلات أو الوقائية منها.

٢- اختصاصي طب الأطفال (Pediatrician):

إن الدور الذي يمكن لطبيب الأطفال القيام به في التعرف إلى الأطفال الأكثر عرضة للخطر وفي الوقاية من الإعاقة دور بالغ الأهمية. فهو الذي غالباً ما يتابع الأطفال بشكل دوري منذ نعومة أظفارهم.

٣- الممرضات (Nurses):

لا يقتصر دور الممرضة على العمل في المستشفيات بل هي تستطيع القيام بالعديد من الأدوار في المدرسة ومراكز التدخل المبكر وغيرها. وبوجه عام، تستطيع الممرضة تقديم مساعدة كبيرة للأطفال المعوقين وأسرهم ومربيهم من حيث التوعية الصحية العامة والرعاية الطبية الروتينية والطارئة.

٤- طبيب العيون (Ophthalmologist):

يقوم اختصاصي طب العيون بتشخيص ومعالجة أمراض العيون ويقوم هو أو اختصاصي تقييم البصر بتحليل الحدة البصرية والمجال البصري.

٥- اختصاصي القياس السمعي (Audiologist):

يستطيع اختصاصيو القياس السمعي تقييم السمع لدى الأطفال ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك.

٦- اختصاصي علم النفس (Psychologist):

وتتمثل إسهاماته الرئيسية في تقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية-الانفعالية من جهة وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل المعوق من جهة أخرى.

٧- الاختصاصي الاجتماعي (Social Worker):

يقوم هذا الاختصاصي بمساعدة الطفل المعوق وأسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة.

كذلك فهو يساعد في تقييم وتحليل الظروف الأسرية والاقتصادية وتحديد الأطفال المعرضين للخطر والمشاركة في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة.

٨- اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة (Speech & Language Pathologist):

يمثل اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة عضواً هاماً من أعضاء الفريق متعدد التخصصات الذي يمكن أن يطور البرامج التربوية والعلاجية للوقاية من الإعاقة والكشف المبكر عنها ومعالجتها ذلك أن اللغة تلعب دوراً حاسماً في النمو الكلي لجميع الأطفال.



وعلـــى وجـــه الـــتحديد، فهو يستخدم أدوات خاصة لتقييم المهارات الكلامية واللغوية للأطفال ويصف الإجراءات العلاجية المناسبة.

٩- اختصاصي العلاج الطبيعي (Physical Therapist):

يســـهم هذا الاختصاصي في معالجة وتأهيل الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية بوجه خاص والأطفال المعوقين بوجه عام.

ويهـــتم هذا الاختصاصي أساساً بتقويم التشوهات ومنع التدهور في العضلات وأوضاع الجسم وتنمية المهارات الحركية الكبيرة.

١٠- اختصاصي العلاج الوظيفي (Occupational Therapist):

أمـــا اختصاصــــي العـــلاج الوظيفي فهو يركز أساساً على تطوير المهارات الحـــركية الدقـــيقة للأطفال ويدربهم في مجالات العناية بالذات والحركة واستخدام الأدوات المساندة أو التصحيحية أو التعويضية. (٩)

١١- المعلمات والمعلمون (Teachers):

كثيـــراً ما تكون معلمات رياض الأطفال والآخرون الذين يقومون على رعاية الأطفـــال في الأوضاع المختلفة أول من يشتبه بوجود مشكلة نمائية ما لدى الطفل. ولـــيس مـــن شك في أن قيام المعلمة بتحويل الطفل إلى الجهات المختصة يمكن أن يسهم في منع تدهور الأداء وفي تقديم المساعدة اللازمة.

١٢- معلمات ومعلمو التربية الخاصة (Special Educators):

إن اختصاصــــي التربية الخاصة هم الذين يقومون فعلياً بتصميم وتنفيذ خدمات الـــتدخل المبكر سواء في المراكز أو البيوت وغالباً ما يقومون بدور منسقي أعمال الفـــريق. وعليهم تقع مسئولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة بما تتضمنه مـــن تحديـــد لمســـتويات الأداء في مجالات النمو المختلفة وتحديد للأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى والأساليب والوسائل المناسبة لتحقيق تلك الأهداف.



١٣- أولياء الأمور (Parents):

تـــنص التشريعات في الدول المتقدمة على أن الآباء والأمهات يقومون بأدوار محـــددة فـــي تـــربية أطفالهم المعوقين وتأهيلهم وتلزمهم وتلزم الكوادر العاملة في الميدان بالمشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات.

نماذج التدخل المبكر:

لقـــد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفـــال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية للإعاقة. ولكل من هـــذه الـــنماذج حسنات وسيئات، وبعض هذه النماذج أكثر ملائمة وفائدة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى.

وبوجه عام، يمكن الحديث عن النماذج الرئيسية التالية في التدخل المبكر:

١- التدخل المبكر في المراكز.

٢- التدخل المبكر في المنزل.

٣- التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل.

٤- التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات.

٥- التدخل المبكر في المستشفيات.

٦- التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام.

مراجع الفصل الثالث

1- Alfered, Freadman, Harpoldi, Kaplam, 1967 Comperhensive Text Book of Pschiatry (New York: The Williams and Wilkinge Company Barbara Page), 1967.

2- Harilynt Erickson, Child Psyshopathology Assesment Ediology and Treatment (London: Prentice-Hall International), 1978.

3- Arthur P. Noyes, Lawrencec, Kolb, Modern Clinical Psychiatry Sixihs Edition (London: Squnders Combany), 1964.

4- Sir Ronold Bodly Secott, Price's Text Book of The Practice of Medicine Eloventh Edition (London: Marrison and Gibb), 1974.

٥- حامـــد عـــبد العزيز الفقي، التأخر الدراسي "تشخيصه وعلاجه"، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٤.

٦- مـــنظمة الصـــحة العالمية، الاضطرابات العقلية: شرح مصطلحات ودليل وفقاً للمـــراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض، الإسكندرية، ١٩٨٢.

٧- انتصار يونس، السلوك الإنساني، الإسكندرية، مطبعة الانتصار، دار المعارف، ١٩٨٦.

٨- حامـــد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٢، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٨.

٩- عـــبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ، سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٦٦.

الفصل الرابع

اضطرابات النمو والارتقاء

(التوحدي)

الفصل الرابع
اضطرابات النمو والارتقاء
(التوحدي)

أولاً: الاضطراب التوحدي Autistic Disorder :

مقدمة:

بدأ الاهتمام يزيد في الآونة الأخيرة بنوعية الاضطرابات التطورية الارتقائية والتي تصيب الأطفال الصغار وتؤثر على ارتقائهم وبالتالي على مستقبلهم في الحياة.

وبدأ الاهتمام يزيد من منطلق أنه لابد من سرعة التدخل وليس فقط الوقوف على الأسباب التي ترجع لها هذه الاضطرابات وذلك لأن الوقوف على الأسباب تجعل المشكلة تتزايد لأنها بالطبع موجودة أي لابد من إيجاد الحلول السريعة للتدخل وذلك من أجل الرفع من كفاءة هؤلاء الأطفال وهم في سن صغير ليستطيعوا مواجهة الحياة بصورة أسهل.

وتعد التوحدية من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيداً ذلك لأنها تؤثر على الكثير من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تؤدي به للانسحاب للداخل والانغلاق على الذات.

وهذا بالتالي يضعف اتصال الطفل بعالمه المحيط به ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه.. ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء الغير طبيعية أكثر من تعامله مع الأشخاص المحيطين به، فهذا يجعل من حوله دائم الحيرة في طريقة التعامل معه.

ومن ثم تزداد المشكلة تعقيداً وذلك لعدم توافر الطرائق أو البدائل السريعة والسهلة لاختراق هذا الغلاف الزجاجي الذي يفضل أن يبقى فيه هذه النوعية من الأطفال.

ويعاني الأطفال التوحديين من انحرافات ارتقائية خاصة على المستوى الارتقائي اللغوي والاجتماعي والحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع.

وتعددت التعريفات واختلفت في تحديد مسمى للطفل التوحدي فمثلاً سمي الطفل Autism (بالطفل التوحدي) وذلك لأنه منغلق على ذاته. آخرون سموه (الطفل الاجتراري) لأنه (يكرر نفس السلوك أو نفس السلوك أو نفس الكلام بنفس الطريقة) وآخرون (الطفل التوحدي) وهو لأنه يجب أن يظل بمفرده طوال عمره ولا يحب الاتحاد أو التوحد مع أحد غير نفسه.. والمسميات السابقة كلها تهدف إلى وصف فئة معينة تحمل نفس الصفات وهي فئة الاضطراب التوحدي وهي من أواخر المصطلحات التي نشرت عن الطفل التوحدي.(١)

ويعرف الاضطراب التوحدي في الكثير من الدراسات ودوائر المعارف على أنه كالآتي:

عرف (Wolf) الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدي على أنهم اللذين:

١- ينقصهم الاتصال الانفعالي.

٢- ينقصهم الاتصال اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع شذوذ في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمع.

٣- شذوذ في اللعب والتحليل.

٤- النمطية والتقولب والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إيذاء أي تغير في هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل (هز الرأس حركة اليدين- الأصابع . . .).

وأوضح (Brown) على أنه يوجد أربعة محاور يعاني منها الطفل التوحدي وتظهر فيها القصور وهي كالآتي:

١- علاقات مختلة.

٢- صعوبات في التواصل.

٣- ضروب سلوكية ذات طابع متصلب.

٤- نمو مشتت ذات طبيعة خاصة.

ويؤكد أن من أهم علامات المرض هو صعوبة تشخيصه.

كما عرفه (Lewis, ´ V.) على أنه اضطراب في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.

وعرفه عبد العزيز الشخص على أنه:

نـــوع مـــن اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات الـــنمو بصـــفة عامـــة وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصـــفة خاصـــة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاثة سنوات الأولى ومع بداية ظهـــور اللغـــة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر.

وعرفه (Gilberg) على أنه:

زملـــة ســـلوكية تنـــتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ.

وعرفتها الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية سنة ١٩٩٤:

American Psychiatric Association, 4th. E 1994:

الاضـــطراب الـــتوحدي هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك علـــى الاتصـــالات اللفظية والغير لفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم وفي بعض الحالات الـــتوحدية تكـــون مـــرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من خدمات محددة، ويظهر هـــؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة.



وعرفه (Osterling) على أنه:

ذلك الاضطراب الذي يتضمن قصوراً في التواصل الانفعالي وتأخر في النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في شكل ومضمون الكلام والترديد الآلي وعدم القدرة على اســتخدام الضــمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغير.

وعرفته (.Lissa B) على أنه:

نــوع مــن اضطرابات النمو المعقدة والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصــال والمحادثــة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العــادي ويحــدث هذا الاضطراب دائماً قبل سن ٣ سنوات ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال، وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة.

وأيضاً عرفه (Swethen han) على أنه:

أحــد الاضطرابات الارتقائية التي تتسم بوجود تأخر شامل في النمو وقد يصل حد هــذا الاضــطراب إلى صعوبة التقييم الإكلينيكي خاصة على مستوى القدرات المعرفية.

التوحد (Autism):

عرفة المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH, 1998):

التوحدية هي تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال، إقامة علاقات مع الآخرين والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم، وبعض التوحديين قد يكون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبدون متعلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكيــر جامــدة، وأكثر هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بــالإدراك ومشكلات اتصالية وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة.



وعرفته دائرة المعارف العامة على أنه: (١٩٩٩)

التوحدية ما هي إلا عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات، وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن. وتبدأ تظهر أعراض التوحدية في الظهور في خلال الثلاثة سنوات الأولى من عمر الطفل وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي، غياب الاتصال الاجتماعي، غياب السلوك الخاص باللعب المتكرر وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر الاستغناء عنها وتظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الألم والخطر ويصبح السلوك ممزق ومشتت ويحث هؤلاء الأفراد على استجابات عنيفة ضد أي تغير، وأوضحت الإحصائيات أن من ٧٥ : ٨٠% من هؤلاء التوحديين يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة. (٢)

وعرفته الجمعية الأمريكية للتوحدية Autism, Asociaty of American (4- 1999)

التوحدية هي نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتائج لاضطرابات نيرولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظياً ودائماً هؤلاء الأطفال يستجيبون إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث في بيئتهم ودائماً يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة، والهام الآن هو البحث عن أهم الطرق التي تعمل على رفع مستوى هؤلاء الأطفال التوحديين.

وأخيراً عرفه المؤتمر الذي عقد مؤخراً في إنجلترا عن Autism 99 (1999-11)

أنه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم وتتمركز الخسائر التي تأتي من هذا الاضطراب في الآتي:

- خسائر في العلاقات الاجتماعية.
- خسائر في سائر أنواع الاتصالات سواء اتصالات لفظية أو غير لفظية.
- مشكلات في رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات في تعلمه من خبراته.
- مشكلات في التخيل والإدراك واللعب وبعض القدرات والمهارات الأخرى.

ويعد الاضطراب التوحدي Autism Disorder رقم ٣ من أكثر الإعاقات التطورية تعقيداً وصعوبة على مستوى العالم.

وعرفه السيد الرفاعي على أنه:

أنـــه يعــد أحــد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث كنتيجة مباشرة لاخـــتلال هارمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلاف فـــي الـــتفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي والغير لفظي بالإضـــافة إلـــى وجـــود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي، ويغلب القصـــور المعرفـــي علـــى الصورة الإكلينيكية للطفل الذاتوي من خلال اضطراب وظائـــف الإدراك والانتـــبّاه والتفكيـــر والتخيل والتذكر الأمر الذي يجعل أن هناك صـــعوبات فـــي التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين بهم من جهة أخرى.

ونستخلص مما سبق أن الاضطراب التوحدي ما هو إلا:

نـــوع مـــن الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهـــورها وإلـــى مـــدى حـــياته، تؤثـــر على جميع جوانب نموه وتبعده عن النمو الطبيعـــي، ويؤثـــر هـــذا الـــنوع مـــن الاضـــطرابات الارتقائـــية على التواصل Communication ســـواء كـــان تواصل لفظي أو تواصل غير لفظي وأيضاً على العلاقـــات الاجتماعـــية وعلـــى أغلـــب القـــدرات العقلية لهؤلاء الأفراد المصابين بالـــتوحدية، ويظهـــر فـــي خـــلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده الاتصـــال والاســـتفادة ممـــن حوله سواء أشخاص، أو خبرات أو تجارب يمر بها،



وهـذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه ولكن ممكن أن يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

مدى الشيوع والانتشار للاضطراب التوحدي:

أشـــارت الدراسات الحديثة التي أجريت في الولايات المتحدة أنه يوجد على الأقل ٣٦٠,٠٠٠ فرداً مصاباً بالتوحدية، ثلثهم من الأطفال وأوضحت الدراسات أن الـتوحدية تعـد الإعاقـة الرابعة الأكثر شيوعاً للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي- الصرع- الشلل المخي، وتحدث التوحدية في حوالي ٤ : ٥ أطفال كل عشرة آلاف مولود.

وأشـــارت الدراســـات والأبحاث الحديثة أن الاضطراب التوحدي يحدث فيما يقـــرب الآن مـــن ١٠ : ١٥ طفـــل مـــن بين ١٠,٠٠٠ طفل في بلد في مثل حجم الولايات المتحدة. (Autism 99)

ولكن إلى الآن لا توجد أي إحصائيات في جمهورية مصر العربية عن معدل انتشـــار الاضـــطراب الـــتوحدي وذلك لصعوبة الكشف المبكر عن هذا النوع من الاضـــطرابات الـــتطورية وأيضاً لعدم توافر المؤسسات والهيئات المتخصصة التي تـــدرس هذه الفئة منفصلة مثل الهيئات الموجودة في الدول المتقدمة، وذلك لأن هذه المؤسســـات تحتاج إلى كوادر علمية كبرى متخصصة في هذا المجال بجانب عدم توافـــر الأموال الباهظة التي تتكلفها هذه المؤسسات لعمل هذه النوعية من المسوح طويلة الأجل. (٣)

مدى انتشار الاضطراب التوحدي بين البنين والبنات:

يحـــدث الاضطراب التوحدي بمعدل (٤ مرات) أكثر في الأولاد عن البنات ولا يذكر سبب مفهوم إلى الآن في ظهور التوحدية عند البنين أكثر من عند البنات، ولكـــن أثبـــتت الأبحـــاث والتجارب أن في حالة إصابة البنات تكون إعاقتهم أكثر صـــعوبة وخطراً وتكون درجة ذكائهم منخفضة جداً عن غيرهم من البنين الذين في مثل حالتهم.

وأشـــارت الدراســـات فـــي الولايات المتحدة إلى أن هناك معدل انتشار كبير لإصـــابة الأولاد الذكـــور الـــذين هـــم أوائل مواليد لآبائهم وأيضاً لا يعرف سببه حتى الآن.

تشخيص الطفل التوحدي:

لا يـــزال تشـــخيص الذاتـــوية "إعاقة التوحد" من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثـــين والعاملين في مجال المشكلات الطفولة. وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص أو صفات الاضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى ولـــذلك يتعـــين الحصول على معلومات دقيقة، حتى يتم تشخيص الأعراض بدقه، وبالتالـــي تمييـــز الأشـــخاص الاجتـــراريين عـــن غيـــرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى.

ويـــتفق محمـــود حموده (١٩٩١: ١٠١) مع العديد من الباحثين (على سبيل المـــثال: القذافـــي، ١٩٩٤؛ الشخص والدماطي، ١٩٩٢؛ الأشول، ١٩٨٧) في أن اضـــطراب الذاتوية "إعاقة التوحد" يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات.

وقلـــيلاً ما يبدأ بعد ذلك في الخامسة أو السادسة من العمر، وغالباً ما يصعب تحديـــد الســـن الـــذي بدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي، فالظاهر في مرحلة الرضاعة (العامين الأولين من العمر) أنه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فـــيها؛ ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفـــل الطمأنيـــنة عـــندما يترك وحده، ولا يخاف من الغرباء، ولا يرتبط بهم أو يـــتفاعل معهـــم، مـــع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة في سن شهرين، وغـــياب ابتســـامة التعـــرف التي تظهر عادة في سن أربعة شهور؛ فتشكو من أن الطفـــل لا يعـــرفها، ولا يقـــبل عليها عندما تلتقطه من فراشه، أي لا يأتي حركات توقعيه Anticipatory Movement التي يأتيها الطفل العادي السوي في سن أربعة

شـــهور تقريباً؛ وقد يلاحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخـــرين (مـــثل دخـــول المدرســـة)، وقد يعتبرون هذه هي البداية، إلا أن التاريخ لتطوري المفصل والدقيق سوف يكشف غالباً بداية مبكرة عن ذلك.

وقـــد يـــرجع الـــوالدان التغيـــر إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو إصابته بمرض شديد أو حادثة أو صدمة عاطفية.

وتظـــل مظاهـــر الاضطراب في أغلب الحالات طيلة حياة الشخص، وبعض الأطفـــال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعي ومهارتهم اللغوية عند سن الخامسة إلى سن السادسة.

ويمكـــن أن يحدث البلوغ تغيراً في أي من الاتجاهين:التحسُن والتدهور، وقد يتفاقم العدوان والعناد، أو أي سلوك مضطرب آخر، ويظل لعدة سنوات.

ونســـبة قلـــيلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلاً على توجيه حياتها بشكل مستقل بأقل قدر من علامات الاضطراب.

ولكـــن الاختلال الاجتماعي والحمق قد يظل لدى النسبة العظمى الذين يظلون معاقين.

وهـــناك عـــوامل تتنبأ بمصير اضطراب الذاتوية "إعاقة التوحد" على المدى الطويل هي معامل الذكاء ونمو المهارات الاجتماعية واللغوية. (٤)

الصعوبات التي تواجه في تشخيص التوحدى:

ويـــرجع عـــثمان لبـــيب فراج (١٩٩٤: ٢-٣) صعوبة تشخيص اضطراب الذاتوية "إعاقة التوحد" إلى ثلاث عوامل:

أولهـــا:- أن تقصى أعراض التوحد- كما يطلق هو عليه- تشترك أو تتشابه مـــع أعـــراض إعاقـــات أخـــرى مـــثل الـــتخلف العقلي، ومع الإعاقات الانفعالية (العاطفـــية)، بل ومع حالات الفصام Schizophrenia، ولدرجة أن كثير من علماء النفس يعتبرونها حالة فصام مبكرة يبدأ ظهورها في مرحلة الطفولة.

العامـــل الثانـــي: هو أن البحوث التي تجرى على الاجترارية بحوث حديثة نســبياً ذلـــك أن معـــرفتنا بها بدأت بدرجة محدودة في الخمسينيات، وبدرجة أكثر تحديداً في السبعينات.

وأما العامل الثالث:- المسئول عن صعوبات التشخيص والتأهيل، فهو التخلف الشـديد، أو ربمــا الـتوقف الملحوظ لنمو قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني الذاتــوية "إعاقـــة التوحد" والبيئة المحيطة كما أن عائقاً أوقف الجهاز العصبي عن العمل، وبالتالي ما يترتب على ذلك من توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفي، ونمو القدرات العقلية، وفاعلية عملية التنشئة الاجتماعية.

ومـــن الطبيعي أن يترتب على كل هذا القصور في نمو قدرات الطفل وتعذر التفاعل والاتصال بين الطفل والبيئة المحيطة تعذر أو ربما- في الحالات الشديدة- استحالة نجاح برامج التأهيل الاجتماعي.

وربما يضاف إلى هذه الصعوبات تعدد الأعراض التي تتبلور بدءاً من الطفولة المبكـــرة، فتبدأ في الظهور ربما في الشهور أو في الأسابيع الأولى من حياة الطفل وتزداد هذه الأعراض عدداً وتنوعاً سواء بالنسبة للنمو الإدراكي السمعي أو البصري، والـــنمو اللغوي والحركي والمعرفي بل بالنسبة للسلوك والتفاعل مع المجتمع وغير ذلك من قدرات ووظائف جسمية وعقلية.

وتحت مسمى اجترارية الرضع، يصف سوين (١٩٧٩: ٧٥٤-٧٥٥) الأطفال المصــــابين بهـــا بأنهم يكونون على درجة عادية من حسن الصحة والجاذبية، وأنهم يـــنحدرون عـــن آباء أذكياء وعلى درجة عالية من التعلم. فإذا وصل الرضيع إلى الشـــهر الـــرابع تراه قد يظهر التبلد، وعدم الاكتراث بالناس، كما نجده من بعد ذلك يجلس وحيداً، وقد بدأ على عينيه الاشتعال ببعض الأمور.

ثـــم أن هـــناك أعراض أخرى من بينها التأرجح أو ضرب الحائط بالرأس، والإصرار على أن تظل البيئة بدون تغير، أو النمو غير المتماثل بحيث تنمو بعض المهـــارات إلـــى حـــد كبيـــر من الآخر. والطفل الاجتراري يبدي الاشتغال الشديد

بالأشياء الميكانيكية، ويستجيب بعنف أن قواطع أو أزعجه أحد، وكثير من الآباء يتوهمون الصمم في أمثال هؤلاء الأطفال بسبب قلة الاستجابة لديهم، والهلاوس لا وجود لها. كما أن الأطفال الاجتراريين أما أن تعوزهم الكلمات "أنا" أو "نعم" وأما أن يستخدموها في كلامهم ولكن بدرجة قليلة جداً.

وفيما يتعلق بقضية التشخيص في الذاتوية "إعاقة التوحد" يرى القريوتي وآخرون (١٩٩٥: ٣٦٧) أن أية محاولة للتعرف وتشخيص الأفراد أو الأطفال الذين يعانون من الذاتوية "إعاقة التوحد"، لابد أن ينطلق من جهود "كانر"– باعتباره أول من أشار إليها. ففي مقالته الأساسية عن الذاتوية "إعاقة التوحد" الأوتوسية (١٩٣٥)، أشار إلى خصائص (١١) طفلاً كانوا يعانون من زُملة أعراض غير معروفة، وقد توصل "كانر" إلى هذه النتائج هو التعرف على الخصائص السلوكية للمفحوصين، للتمييز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى. وهذه الصفات تشمل: عدم القدرة على التعلق والانتماء Relate إلى الذات والآخرين، والمواقف، وذلك منذ الولادة، تأخر في اكتساب الكلام، عدم استخدام الكلام من أجل التواصل، إعادة الكلام، رغبة شديدة في المحافظة على الروتين، عكس صفة الملكية، سلوك لعب نمطي، ضعف في التخيل، ذاكرة جيدة، ومظهر جسماني طبيعي، وكانت معظم هذه الصفات قد ذكرت في دراسات لاحقة عن الأطفال الذين يعانون من الذاتوية "إعاقة التوحد".

ولقد أشار كل من "ريتفو وفريمان" (Ritvo & Ferrman, 1987) إلى أن حوالي ٦٠% من الأشخاص الاجتراريين أقل من ٥٠% على اختبارات الذكاء. مع أن "كانر" قد أعطى وصفاً إكلينيكياً غنياً للأشخاص الاجتراريين إلا أن كل من "ريتفو وفريمان" أشاراً إلى أن "كانر" لم يكن يحاول أن يطور نظاماً موضوعياً للتشخيص.

ومع بداية الستينيات وتحديداً عام (١٩٦١)، قدم "كريك وآخرون" Creak, M. et al تقريراً عن زملة أعراض الشيزوفرينيا لدى الأطفال Schizophrenic

Syndrome in children ، وقـد تضـمن هذا التقرير قائمة من تسع نقاط- عرفت فـيما بعـد باسـم نقاط كريك التسع Creak's Nine Point وذلك لكي تستخدم في تشخيص الأطفال الفصاميين- ومن ثم الاجتراريين؛ ويمكن الإشارة إلى هذه النقاط على النحو التالي (Culliford, R. 1973):-

القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية:

Severely impaired relationships

فهـؤلاء الأطفال عادة ما يكونون بمعزل عن الآخرين، فهم متحفظون Aloof، يقـيمون اتصـالات قلـيلة، وعلاقـات فقيرة مع كل من الراشدين والأطفال، وهذا الانعزال.

وهـذا التحفظ يختلف في نوعيته عن السلوك الذي يبديه الأطفال الانسجابيين. ذلـك أن الأطفـال الاجتـراريين يهـيمون على وجوههم في إرجاء الحجرة التي يـوجدون بهـا، غيـر مهتمين ولا عابئين بما يفعله الآخرون، ولا يستجيبون للذي يحاول أن يقدم لهم شيئاً، ولا يأبهون له.

كمـا أنهـم يظهرون نوعاً من اللاإدراك للآخرين الموجودين معهم، سواء كانـوا أشخاصاً أم أشياء، وبعضهم يستخدم الأشخاص أو أجزاء من أجسام هؤلاء الأشخاص بشكل مجرد (كأنه موضوع لا شخص)، مثل اعتلاء يد المعلم للحصول على شيء ما. (٥)

٢. فقدان الإحساس بالهوية الشخصية:

Lock of a sense of personal identity

فـبعض الأطفـال الاجتراريين يميلون إلى اكتشاف أجسامهم بصرياً، أو عن طـريق اتخـاذ أوضاع خاصة في الوقوف أو الجلوس، وكأن أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم.

٣. الانشغال المرضي بموضوعات معينة:

Pathological Preoccupation with particular objects

ويقصد بالانخراط أو الانشغال الكامل بشكل مرضي بموضوعات أو أشياء معينة، أن الطفل الاجتراري قد ينهمك تماماً بقطعة من رباط الحذاء، أو قطعة حجر صغيرة، وربما يستمر هذا الانهماك لفترات طويلة من الوقت.

٤. مقاومة التغير في البيئة:

Resistance to change in the environment

بل ويكافح الطفل الاجتراري في سبيل الاحتفاظ والإبقاء على الرتابة في أجراء الأشياء فعلى سبيل المثال، يمكن أن يصدر عن الطفل الاجتراري، رد فعل غاضب مبالغ فيه، أو غيظ وغضب شديد تجاه شخص جديد، شيء جديد أو إعادة لبعض الترتيبات أو إحداث تغيير في الروتين أو البيئة المحيطة به.

٥. خبرات إدراكية غير سوية:

Abnormal Perceptual experience

من قبيل تجاهل الأصوات، ورفض النظر إلى الأشياء، أو الناس، اختفاء الإحساس بالألم، وغياب الإحساس بدرجات الحرارة. وكما أن بعض الأطفال الاجتراريين في نفس الوقت، يستمرون في مواصلة اكتشاف الأشياء، عن طريق وضعها في الفم، أو تقريب بعض الأشياء إلى الأنف، أو تقريبها إلى العين، فإن بعضهم الآخر قد يثبت بصره على الأضواء أو الأشياء المتحركة أمامه.

٦. الشعور بنوبات قلق حاد، مفرط، يبدو غير منطقي:

Acute excessive and seemingly illogical anxiety

فربما تتسبب بعض الأشياء العادية والمألوفة تماماً (مثل تغيير روتين الحياة اليومي) في إحداث هذا القلق الحاد، في حين أن الطفل الاجتراري من



ناحـية أخــرى، قد لا يخاف مطلقاً من أخطار حقيقة، (مثل المرور في الشوارع، الأماكن المرتفعة).

٧. التأخر في الكلام واللغة:

Speech and language retardation

فــبعض الأطفال الاجتراريين قد لا يتعلمون الكلام أبداً، والغالبية العظمى منهم يتأخــرون فــي الكلام، كما أن هناك كثير من الملامح غير السوية عند بدء حديثهم وكذلك في لغتهم.

ومــن قبــيل ذلك الميل إلى ترديد ما قد يسمعونه توا وفي نفس اللحظة وكأنهم صـدى لما يقال (ما يعرف بظاهرة المصاداة Echolalia)، والحديث " التليغرافي Telegraphic الــذي يــتم فيه حذف بعض الكلمات الصغيرة، واستخدام الضمائر بصورة مشوشة، والكلمات المتشابهة، أو الخلط في ترتيب الكلمات، والصعوبة في فهــم أي شــيء سوى بعض التعليمات اللفظية البسيطة، وذلك لكون هذه التعليمات حرفية Literal ومحسوسة عيانية عند استخدام الطفل الاجتراري لها، لأنه لا يفهم إلا الحديث العياني المباشر.

٨. الحركات الشاذة (غير العادية): Unusual movements

فالأطفــال الاجيراريون تحركاتهم زائدة (مفرطة) ويتسمون بالتجول في أرجاء المكان الذي يوجدون فيه، كما يتميزون بالسلبية المتطرفة، والتكلف والتأنق الغريب والشــاذ فــي الكلام والسلوك مثل الهزهزة والدوران حول أنفسهم أو حول الأشياء والتصفيق باليدين.

٩. وهــناك بصــفة عامة وأخيراً انخفاض في مستوى التوظيف العقلي Mental Functioning، حيث يظهر الطفل الاجتراري بعض الصور من الأداء السوى أو القــريب مــن الســوى، وذلك في سياق ترتيب Jigsows، أشياء معينة في



صــورة دقيقة أو في تذكر بعض الأنواع المعينة من أحداث الواقع أو في تذكر بعض المقطوعات الموسيقية.

ومما تجدر الإشارة إليه ونحن بصدد الحديث عن أعراض الأطفال الاجترارين كما يصفها كريك- أن نعرف أن بعض هذه السمات المميزة مأخوذة من ملاحظة الأطفال الاجتراريين أنفسهم أو أن هذه السمات من الممكن ملاحظتها ورؤيتها لدى الأطفال العاديين في أثناء بعض فترات نومهم.

كما أن بعض هذه الملامح، يلاحظ تكرارها في أنواع وأشكال أخرى من الإعاقة فهناك وجود لظاهرة التكلف أو التأنق The Mannerisms لدى بعض الأطفال العميان، وكذلك لدى بعض الأطفال دون العاديين Subnormal children، والأطفال ذوي الإعاقات المتعددة. وهذا في واقع الأمر وحقيقته تحذير من عدم استخدام كلمة اجتراري Autistic استخداماً غير مميز، دون إدراك الفروق بينه وبين غيره من المصطلحات المتداخلة معه.

ذلك أنه في أغلب الأعم نجد أنه من الصعب وضع أعراض شخصية فارقة بين الذاتوية "إعاقة التوحد Autism ودون السوية (السلوك دون العادي) Subnormality، العيب الحسي، وغيرهم من مشكلات التواصل الحادة الأخرى Other Severe Communication Problems ذلك أنه في بعض الحالات، نجد أن الأطفال العميان، أو الأطفال الصم يظهرون سلوكاً اجترارياً، ومع ذلك يحرزون تقدماً جيداً جداً نحو السوية (العادية) Normality .

ومما تجدر الإشارة إليه أيضاً، أن هناك نوع من التأمل الجديد بالاعتبار فيما يتعلق بطبيعة وأسباب الذاتوية "إعاقة التوحد" منذ أن ميزها "كانر" Kanner للمرة الأولى عن الأمراض الذهانية الأخرى في مراحلها الأولى وكان ذلك- كما سبقت الإشارة في الفصل الأول من هذا الكتاب- في عام ١٩٤٣.

فقد كان هو نفسه يعتقد أن هناك بعض العيوب الفطرية الموروثة Inborn efect تستثار بفعل البرود العقلي الانفعالي Emotional Coldness (تجاه الطفل

الاجتـــراري) من قبل الوالدين، في حين يؤكد باحثون آخرون- غير "كانر"- بشكل أكبـــر على تأثير العوامل السيكولوجية في تنشئة الطفل، وعلى وجهة النظر القائلة بأنـــه فـــي وقت ما من الأوقات كانت أمهات الأطفال الاجتراريين باردات انفعاليا ومنسجبات اجتماعياً.

وربما كان يغذى هذه النظرة التكرار النسبي (التواتر القرابة) لدى الوالدين من الناحتـــين العقلية والمهنية، وأيضاً من خلال الحقيقة القائلة أن الأم تعاني من صدود أبـــنها الاجتراري نتيجة عجزه عن الاستجابة لها، وهذا هو السبب في أنها لا تميل تمامـــاً إلـــى إظهـــار أنهـــا ليست على صلة به وأن العلاقة التواصلية بينهما شبه مقطـــوعة. (وهـــذه الحيرة، وهذا الارتباك كسبب وكنتيجة في أن واحد، يمكن أن يضـــاف إليه التعاسة التي يعاني منها كثير من الأمهات، ويعد هذا درسا مستهدفاً لنا في توجيه وتربية هذه النوعية من الأطفال الصغار المضطربين.

ثـــم أنـــه غالـــباً ما يكون من السهل أن ندرك أن العيب أو النقص لدى الطفل يكـــون ناشـــئاً عن الأخطاء الوالدية Parental faults، وسوء إدارة المنزل، لكن- أيضـــاً- فـــي بعض الحالات يكون سلوك الوالدين مجرد استجابة للصعوبات التي يعانـــي مـــنها الطفـــل. وفي جميع الحالات يكون من الأفضل أن ننظر إلى علاقة الطفـــل بالـــوالدين- كـــل علـــى حده- كتفاعل فريد في نوعه، والذي يتعين تقييمه بطـــريقة تضـــع فـــي اعتـــبارها المصاعب العملية في التشخيص وبأسلوب يتسم بالمشاركة الوجدانية). (٦)

وفـــي ضـــوء مـــا يذكره "كريك" يتضح أن الافتراض الذي يتعين وضعه في الاعتـــبار هـــو مـــا إذا كانت الذاتوية "إعاقة التوحد" نتيجة لتلف في المخ Brain damage أم لا. وهـــذا الافتـــراض يدعمه الحقيقة القائلة بأن التهاب الدماغ (المخ) Encephalitis يمكـــن أن يؤدي إلى حدوث اضطراب الذاتوية "إعاقة التوحد"، كما أن هناك دليل على أن تلف المخ (أو إصابة المخ) هو أحد الأسباب لحدوث الذاتوية "إعاقة التوحد" لدى طفل واحد من بين كل أربعة أطفال اجتراريين.

وعـــلاوة علـــى ذلـــك؛ فإن بعض العيوب أو أوجه النقص في عملية الإدراك الحســـي، والتفكيـــر، واللغـــة هـــي- بلا شك- التي تذكرنا بأنها لا تحدث إلا عند الأطفال المصابين بتلف في المخ، وعلى أية حال، فإن الدليل على أن تلف المخ هو الكامن وراء إصابة الطفل بالذاتوية "إعاقة التوحد"، ما يزال دليلاً يفتقر إلى البرهنة عليه- على الأقل- لدى نصف حالات الأطفال الاجتراريين.

ولقـــد اســـتمرت نقاط كريك التسع مقبولة من جانب العاملين في مجال التربية الخاصـــة كأساس يقوم عليه تشخيص ذهان الطفولة خلال الستينيات من هذا القرن، غير أن كل من روتر Rutter (١٩٦٦)، ولوك يير Lockyear (١٩٦٧) قد انتقد اســـتخدام هذه النقاط في التشخيص مشيرين إلى أن هناك تداخلاً بين هذه النقاط مع عـــدم وجـــود معلومات محددة لتحديد كم من النقاط التسع الضرورية أو التي تكفي للتشـــخيص. واستخدام كل من روتر ولوك يير كبديل لهذه النقاط قائمة مراجعة في دراســـاتهم لمقارنـــة (٦٣) ثـــلاث وستين طفلاً ذهانياً مما يعانون من اضطرابات انفعالـــية وســـلوكية. وقد اشتملت هذه القائمة على البنود التالية: العلاقات، الكلام، الحركة، التركيز، إيذاء الذات، الاستجابة للألم، والمشكلات السلوكية.

وخـــلال عقد الستينيات أيضاً، كان جولد فارب Goldfarb قد أشار إلى وجود نوعـــين من أنواع الفصام الطفولة الأولى عضوي والثاني غير عضوي، بالإضافة إلـــى أنـــه ذكـــر أن هناك ثلاثة انحرافات سلوكية كبرى للتمييز بين هذين النوعين وسلوك الأطفال العاديين وهذه الانحرافات السلوكية الثلاثة هي:

١. سلوك استقبالي شاذ يتركز في عدم الانتباه السمعي
٢. اضـــطراب فـــي الوعي بالذات self-awareness (اضطراب في بصر الفرد بالأســـباب والعـــوامل بالأســـباب والعوامل التي تمكن وراء سلوكه، ومعرفته لصـــفاته وخصائصـــه التـــي تميـــزه عن غيره من الناس، وفهمه لنفسه بصفة عامة).
٣. اضطراب في التواصل.

إلا أن "جولد فارب" لم تعرف هذه الانحرافات تعريفات إجرائية.

ويذكر القريوتي وآخرون (١٩٩٥: ٣٦٩) أن كل من "أورنتز ورتفو" قد أشار إلى أن الذاتوية "إعاقة التوحد" (الأوتوسية)، يجب التعرف عليها عن طريق ملاحظة السلوك.

وأن هذه السلوكيات تحدث كمجموعات من الأعراض التي تعكس شذوذ النمو، وتتضمن هذه الجوانب: تنظيم الإدراكات، أنماط الحركة، المقدرة على التعلق، اللغة، والسرعة في النمو. ومع أنهما لا يوافقان على وجهة النظر القائلة بأن الذاتوية "إعاقة التوحد" يجب أن يتم التعرف عليها وتشخصيها كزملة أعراض سلوكية، إلا أن "أورنتز ورتفو" يضيفان أنه يجب اعتبارهما مرضاً ووجهه نظرهما تلك، لها ما يبررها، فهما لا يعترفان بوجود عرض بمفرده أو مجموعة من الأعراض تحدث بشكل متزامن، علاوة على أنه لا يوجد عرض واحد أو مجموعة من الأعراض تدل على وجود المرض، وذكراً- بالإضافة إلى ما سبق- أن الفشل في النمو لدى الأطفال الذين يعانون من الذاتوية "إعاقة التوحد" سببه اضطراب تنظيم الإحساس.

ولقد بين "كوجل وآخرون" (Koegel et al, 1982) أن الأطفال ذوي الاوتيزم (التوحد) تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي، والانطواء على النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة، وفي القدرات الإدراكية والمعرفية، كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه، وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية، والتحكم في الحركات الدقيقة، فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط (عبد المنان معمور، ١٩٩٧: ٤٣٧).

كما ذكر "سبيتزر (Spitzer, 1987) أن أعراض الاوتيزم تتحضر في ثلاثة عناصر رئيسية هي:-

- اضطراب كيفي في التفاعل الاجتماعي.
- اضطراب في النشاط التخيلي، والقدرة على التواصل اللفظي، وغير اللفظي.

- الانغلاق على النفس وعد الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية.

ومن ناحية أخرى، يقترح "وارد (Ward, 1990) أربعة محكات يتعين وضعها في الاعتبار عند تشخيص الذاتوية "إعاقة التوحد" الأوتوسية" لدى الأطفال، وهي:

- عدم الارتباط بالأشياء.
- ضعف استخدام اللغة وضعف التواصل مع الآخرين.
- المحافظة على الرتابة والروتين.
- ضعف في الوظائف العصبية.

كما أشار أيضاً إلى أن الكثير من الأفراد الاجتراريين يعانون من أسباب عضوية مرضية.

ويضع كل من زيدان السرطاوي وكمال سيسالم (١٩٨٧: ٢٠٣) الذاتوية "إعاقة التوحد" ضمن أحد الخصائص السلوكية الثمانية التي تميز فئة الأطفال المضطربين سلوكياً (وهي الذكاء، التحصيل الدراسي، السلوك العدواني، النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه والاندفاع، القلق، الانسحاب، الانطواء، سوء التكيف الاجتماعي، والذاتوية "إعاقة التوحد" " الاوتوسية"

ويريان أن كلمة الذاتوية " إعاقة التوحد" تعتبر تعريباً لمصطلح الأوتوسية Autism، وأن البعض عربها بـ"التوحد" وأنها تعتبر واحدة من الخصائص السلوكية الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن يعانون من اضطرابات سلوكية حادة.

وأن الذاتوية "إعاقة التوحد" تتمثل في التمركز حول الذات، وفي انشغال الطفل بذاته، بصورة كثر من انشغاله بالعالم الخارجي. وفي ضوء هذا التعريف يتفقان معج كل من هيوارد وأتور لانسكي (١٩٨٠) على وجود ست خصائص تتوافر لدى الأطفال الاجتراريين وهي:

(أ) العجز الجسمي الظاهري:

فقـد يتحرك شخص ما أمام الطفل بشكل مباشر، ويتسم له، ويتكلم معه، ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو لم يكن هنالك أحد.

وقـد لا يشـعر أحد بأن الطفل يتجنب أفراد الأسرة، بل ويتجاهلهم، لأنه يبدو كمـا لـو أنـه لا يشاهد أحداً أو يسمع أحداً، وغالباً ما تشك الأم في طفلها أصم أو كفيف.

(ب) البرود العاطفي الشديد:

مـن الخصـائص الأخـرى التي تلاحظ بشكل متكرر على الطفل الاجتراري عـدم الاسـتجابة لمحاولـة الحـب أو العـناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الـوالدان إلـى أن طفلهما لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين.

(جـ) الإثارة الذاتية:

مـن أكثـر أنواع السلوك الملفتة للنظر لدى هؤلاء الأطفال تكرار الأفعال أو القـيام بأعمال نمطية مثل سلوك الاهتزاز (هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلـوس، والـدوران حول النفس، والتلويح بالذراعين، والمهمهمة وترديد ثلاث أو أربعة كلمات، أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت).

(د) إيذاء الذات ونوبات الغضب:

مـع أن الطفـل قد لا يكون منشغلاً بأشياء يمكن أن تؤذيه، وذلك عندما تقابله أول مـرة، إلا أن الـوالدين غالـباً مـا يذكرون أن الطفل يعض نفسه في بعض الأحـيان بشـدة لدرجة ينزف معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضـرب رأسـه فـي الحائط، أو بقطع أثاث حادة حتى تتورم رأسه ويصبح لونها أسوداً أو أزرقاً.

وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عداوته الآخرين في الأسرة أو المدرسة وذلك علـى شـكل عـض أو خربشـة أو رفس، وقد يقضي بعض هؤلاء الأطفال الليل مسـتيقظين يصـدرون أصـواتا، وبعضـهم يمزق الأوراق ويرمى بها من النافذة ويكسـب الماء على الأرض..الخ وغالباً ما يكون الوالدين عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية.

(هـ) الكلام النمطي:

أن معظم هؤلاء الأطفال يتصفون بالبكم، فهم لا يتكلمون ولكنهم يهمهمون أو يطلقـون أصـواتاً بسـيطة، وقد يكون كلامهم إعادة الكلام الأفراد الذين يتحدثون معهم، فعلى سبيل المثال، إذا وجهنا سؤلاً للطفل ما أسمك؟

فمـن المـرجح أن تكـون إجابـته ما اسمك. وفي بعض الأحيان قد لا يكون التكـرار النمطـي مباشراً، ولكنه قد يأتي متأخراً، فقد يعيد الطفل بعض العبارات التـي سـمعها فـي الصباح أو في اليوم السابق، أو قد يقوم بإعادة الإعلانات التي يشاهدها في التليفزيون وغير ذلك.

(و) قصور السلوك:



مـن أنمـاط السلوك الملفتة للنظر، والتي يتصف بها الطفل الاجتراري، أو الـتوحدي: التأخـر في نمو السلوك، فالطفل الاجتراري الذي يبلغ من العمر خمس سـنوات، قـد يظهر سلوكاً يتناسب مع السلوك الطفل العادي ذو السنة الواحدة من العمـر، فبالنسـبة لمهارات العناية بالذات على سبيل المثال، نجده لا يمتلك منها إلا القلـيل، ويحتاج إلى من يقوم بإطعامه وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه، وقد لا يلعـب بالألعـاب، ولكنه قد يضعها في فمه تماماً مثل الطفل الرضيع، وقد يضرب علـى الألعاب بأصابعه بشكل مستمر، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر. النكوص إلى الذاتـوية السـوية (التمركـز السـوى حول الذات) مما ينتج عنه تشوهات في هذه المرحلة، ويخفق الطفل في إدراك أمه بوضوح، كما يخفق في التفرقة بين ما يدخل

جسمه وما بخارجه، وترى أن من وجهه النظر الدينامية، فإن الصورة على هذا النحو إنما تشير إلى هلوسة سلبية ترتبط بعجز الطفل عن التوجه نحو العالم الخارجي.

فالطفل الذي يمكن أن نطلق عليه أسم الطفل الذهاني الذاتوى (لاجتراري)، هو هذا الطفل الذي يبدو منغلقاً على نفسه داخل دائرة تحمل صفة القدرة على المطلقة السحرية، تلك التي تعدها "ماهلر" بمثابة الدفاع ضد تفاصيل وفض الحيوية، ويكون هناك فض الاستثمارات في المدركات عن بعد؛ تلك التي يدفع ثمنها الطفل في شكل صمم مصطنع ويستشعر الطفل بناء على ذلك الخطر في الواقع الخارجي، ذلك الخطر الدائم الذي يهدد توازنه الداخلي.

ولذلك فإنه يوطد بناء حاجز المثيرات، ويمكننا أيضاً أن نلاحظ في مثل هذه الحالات غياباً في استثمار الليبيدو في السطح الخارجي للجسم (الأمر الذي نراه واضحاً في غياب الإحساس بالألم لدى هؤلاء الأطفال) وكذلك غياباً في شحن المناطق الشبقية، ويستبدل الطفل الأنشطة الشبقية الذاتية، بأنشطة عدوانية ذاتية Auto-Aggressive تلك التي نعتبرها في حقيقة الأمر محاولة الإحساس بحدود خارجية للجسد. (٧)

وإذا انتقلنا إلى الصور الإكلينيكية من وجهة نظر "ماهلر" فسنلحظ أنها تشير إلى وجود تدهور شديد لدى الطفل في أثناء السنة الثانية أو الثالثة من العمر في الوظائف التي كان قد قطع فيها شوطاً كبيراً، فنرى تراجعاً في القدرة على الكلام، الأمر الذي لا نرى له مثيلاً في أي من الوظائف الأخرى.

ومما يساعد على ظهور أعراض الذهان في شكل دفاعات ومحاولات إصلاحية فقدان الإحساس بالحدود الخارجية للذات، وكذلك الاستجابة العنيفة للإحباطات، ثم الأنشطة السحرية، وحالات الفزع الشديد والمصاداة (ترديد المريض لما يقوله الآخرين) Echolilia، والعكس، أي ترديد المريض لما يقوله هو نفسه مرات ومرات، وأن الفيتيش الذهاني- محاولة إصلاح في شكل تحكم في

الموضــوع- يظهــر في شكل لعبة مشحونة شحناً زائداً- وتبزغ العمليات الأولية بسهولة.

ويــرتبط نمــط العلاقة بين الطفل- الأم بشكل الصورة الإكلينيكية لدى الطفل الاجتــراري ارتــباطاً وثــيقاً. وهنا يتعين القول أن "ماهلر" تستعبد عند حديثها عن مسببات الذهان في الطفولة، على نحو حاسم، فكرة الأم المسببة للمرض الذهاني.

وتــرى "ماهلــر" أنــه فــي كثير من حالات الذهان في الطفولة وعلى رأسها الــذهان الذاتوي (الاجتراري) يأخذ العامل الوراثي دوراً هاماً في تكوين الأعراض فــي شكل الاستعداد للوقوع فريسة للحصر- القلق- الذي تشيد بناء عليه اضطراب علاقــة الأم- الطفــل، الأمــر الــذي نــراه علــى وجه الخصوص في مناقشاتها والتــي لا تخلــو مــن الاضــطراب في حالات الذهان في الطفولة (نيفين زيور، ١٩٨٨: ٩٣).

ومــن خلال احتكاكها الدائم مع حالات الذهان في الطفولة، استطاعت "ماهلر" أن تلحظ أنماطاً في العلاقات بين الآباء وأطفالهم جد مختلفة وشديدة التباين بدءاً من آبــاء يــبدون كأنهم أسوياء تماماً، انتهاء بآباء يتسمون بالبرود التام في علاقتهم كما احتكت أيضاً بأباء ذهانيين بالفعل، وتخلص "ماهلر" بأنها لم تجد فروقاً دالة واضحة فيما بين الآباء النرجسيين والآباء المكتئبين.

كمــا تقرر أنه في كثير من الأحيان يساهم عامل الاستعداد الوراثي- لقصور في بناء الأنــا- في خلق دائرة مفرغة تقضي في النهاية إلى حدوث اضطراب في علاقــة الأم- الطفل. وتؤكد "ماهلر" أيضاً على دور المواقف الصدمية في الطفولة المبكــرة، وتخــص بالذكــر الأمراض العضوية التي تستمر فترة طويلة من الزمن بحــيث تتداخل كي تفض الالتحام للمظاهر الانشطارية الجيدة أو السيئة للموضوع وللذات.

وتصر "ماهلر" بنفس القدر على حقيقة أن الشحن الدائم من قبل الأم لطفلها قد يتحول على نحو درامي وعميق بعد تقدم الطفل في مراحل النمو، وفي أعقاب قدرة

الطفـل علـى الابـتعاد عنها في المكان، مما يشير إلى أن هذه الأم، لا تستطيع أن تتخلـى عن اشباعاتها التي تستمدها من موقفها السمبيوزي الاعتمادي (الاتكالي) مع طفلهـا- أثـناء السنة الأولى من العمر- وقد تفض شحنها لطفلها متى وصل لسن الثانـية من عمره، مما يؤدي إلى جروح غائرة في نرجسيته تلك التي تضفي عليها "ماهلر" أهمية قصوى بقدر ما تعلق أهمية كبرى على آثارها.

وما دمنا بصدد الحديث عن نمط التفاعل بين الطفل- الأم، فإنه تجدر الإشارة إلـى أن أهم ما يميز التفاعل بين الطفل- الأم في حالات الذهان في الطفولة هو ما يطلـق علـيه Mismatching ذلـك الذي يشير إلى إخفاق متبادل في القدرة على التواصـل بـين الأم والطفل. إلا أن الأمر قد يذهب إلى أبعد من ذلك بكثير، حيث نجـد كثيـراً من الأمهات يقمن باستخدام ميكانيزم الإنكار لما يدركنه من رسائل أو إشـارات يبعـثها الطفـل لهن، مثل هؤلاء الأمهات لا يمكنهن أن يتحملن المطالب الاعـتمادية أو التكافلية (اليمبوزية) لطفلهن ونجدهن يتحولن مبتعدات عن الطفل في اللحظة التي يبعث فيها الطفل بإشارات على مطالبة السيمبوزية.

ويمكن تفسير هذا السلوك الخاص بالأمهات على أنه يرجع إلى أنهن يجدن في الحالـة الخاصـة بأطفـالهن فرصـة لنكوص شبيه بالفصام Schzoid على نحو مـرآوي- وهو تراجع نكوص للأم يحمل سمات بدرجات مختلفة من الخلط والعداء ومـثل هـؤلاء الأمهـات مخالفات لأمهات الأطفال المصابين بالذهان السمبيوزي، اللائـي يخضـعن تماماً لرغبات الطفل، ويستبقين على نحو محايد على هذه القدرة المطلقـة السـحرية للطفـل الموجودة في السمبيوز- وفي مثل هذه الحالات نرى موضوع رغبة الأم نفسها في أن تشبع حاجاتها خلال السمبيوز الطفلي، فهي تعيش السمبيوز لتستمد منه حاجتها هي السمبيبوزية على نحو طفلي. [٨]

تصنيف الرابطة الأمريكية للطب النفسي للتوحدية:

تجـدر الإشـارة إلى أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الـذي يصـدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي قد وضع تصنيفين للاجترارية،

أطلـــق علـــى التصنيف الأول اسم: الذاتوية "إعاقة التوحد" الطفلية ذات الأعراض الكاملـــة، وأطلـــق علـــى التصنيف الثاني اسم: الذاتوية "إعاقة التوحد" الطفلية ذات الأعـــراض المتبقـــية ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض الكاملة على النحو التالي:

- بدء الاضطراب قبل سن (٣٠) شهراً
- العجز عن الاستجابة للآخرين
- اضطراب شديد في النمو اللغوي
- أنماط كلامية شاذة وغريبة (مثل تقليد الكلام المباشر، أو قلب الضمائر)
- اســـتجابات بيئية غير سوية (مثل مقاومة التغيير، أو التعلق والاهتمام بموضوعات شاذة).
- غـــياب الأوهام والهلاوس وفقدان الترابط، وغياب الكلام المفكك (غير المترابط) كما يحدث عند الإصابة بالفصام.

ويمكـــن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض المتبقية على النحو التالي:

- الإصابة بالاضطراب سابقاً تم الشفاء منه وعودة بعض الأعراض
- الصورة الإكلينيكية الحالية لا تشير إلى وجود أعراض التصنيف الأول كاملة.

ويشير فتحي عبد الرحيم (١٩٠: ١٧٠) إلى الذاتوية "إعاقة التوحد" تحت مسمى التمركـــز الطفلـــي حول الذات Early infantile autism في ضوء ما أورده كل مـــن "تلفورد Telford وساوري Sawery تصنيفهما للاضطرابات الانفعالية على أســـاس مظاهر القلق Anxiety والانسحاب Withdrawal، والعدوان الذي يتميز بالعـــنف Hostile aggression وذلـــك بأن وضعاً الذاتوية "إعاقة التوحد" ضمن مظاهـــر الانســـحاب من الواقع Withdrawal from reality وذكراً أنها تشتمل على حالات تتميز بـــ:

- الانفصال الشديد عن الواقع
- القصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين
- الترديد الآلي (المصاداة Echolalia) للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون.
- الجمود بمعنى المحافظة على نفس الأشياء ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية.
- الثبوت وبمعنى التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال.

ولقد أشار "فلسبرج" (Flusberg, 1992) أنه يمكن تشخيص الاوتيزم من خلال فحص الأعراض التالية:

- التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة
- العمليات الإدراكية والتعبير عنها.
- العمليات المعرفية.

كما وأضح "بورتر وآخرون"(Porter, et al, 1992) أنه قد يمكن تشخيص الطفل على أنه (أوتيزم) أو على أنه طفل اجتراري، وذلك إذا كانت لديه الأعراض التالية:

- نشاط حركي مفرط.
- اضطراب في كل من الانتباه والإدراك واللغة..

ويرسم محمود حمودة (١٩٩١: ٩٨) الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي أو الذاتوي- كما يطلق عليه- بأنه طفل يتسم بخلل في التفاعل الاجتماعي، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص، ويعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم. ويظهر ذلك في عدم عناء العناق معه ونقص التواصل بالعينين والوجه، وعدم التمايز أو كراهية العواطف والتلامس الجسماني، ونتيجة لذلك يشك

الـــوالدان فـــي أن الطفل أصم، ولكن تجدر الإشارة إلى أن الصمم نادراً ما يرتبط بعدم التمايز الاجتماعي.[٩]

وقـــد يرتبط الطفل ميكانيكياً بشخص بعينه، وأحياناً يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفـــال بـــوالديهم غريباً، مثل الطفل الذي يبدو أنه يتعرف على والدته أساساً عن طريق الشم.

وفـــي بعـــض الحالات يتبع الاضطراب فترة من النمو الطبيعي نسبياً، حيث يكـــون الطفل اجتماعياً في سنواته الأولى، ولكن يلاحظ في الطفولة المبكرة وجود فشـــل ثابت في نمو اللعب الجماعي واللعب الخيالي والصداقة وقلة منهم يصبحون أكثـــر وعـــياً اجتماعـــياً ويهتمون بالآخرين، وقد يصلون إلى مرحلة من الاندماج الســـلبي فـــي الألعاب الأطفال الآخرين، أو يستخدم الأطفال كوسائل ميكانيكية في سلوكه المتكرر آلياً.

وتـــتحدد ملامـــح الصـــورة الإكلينيكية للطفل التوحدى- في ضوء ما عرضه محمـــد حموده في ثلاث مكونات تتضح خلالها الاختلالات التي يتصف بها الطفل المصاب بهذا الاضطراب، وذلك على النحو التالي:

- الاختلال في التواصل مع الآخرين
- الاختلال في النشاط التخيلي
- النمطية اللفظية.

أمـــا الاختلال في التواصل مع الآخرين فيشمل المهارات اللفظية وغير اللفظية فقد تغيب اللغة كلية.

وقـــد تـــنمو ولكن دون نضج وبتركيب لغوى ركيك، مع ترديد الكلمات (رجع الكـــلام Echolalia المباشـــر أو المتأخـــر، والاستعمال الخاطئ للضمائر (حيث يســـتعمل "أنـــت" عـــندما يـــود أن يقـــول "أنا")، وعدم القدرة على تسمية الأشياء، وعـــدم القـــدرة علـــى اســـتعمال المصطلحات المجردة، ويكون للطفل نطق خاص



بـــه يعـــرف معناه فقط من يخبرون ماضي الطفل، ولقد أسماها "كانر" لغة مجازية* Metaphorical language ويكـــون الكلام على وتيرة واحدة، أما التواصل غير لفظـــي مـــثل تعبيـــرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة، وإذا وجدت فتكون غير مناســـبة اجتماعـــياً وعـــندما لا تـــوجد شذوذات واضحة في مهارات اللغة ، فإن التواصـــل غالباً ما يكون به خلل يبدو في اللف والدوران واللغو الذي لا علاقة بين أطرافه وبنوده. (١٠)

أمـــا اضـــطراب فهم اللغة فيبرهن عليه بواسطة عدم القدرة على فهم النكات والتورية في الألفاظ والسخرية.

وامـــا خلل النشاط التخيلي فقد يشمل غياب الترميز أو اللعب الخيالي باللعب (مـــثل الدمـــي وغيرها)، وغياب لعب أدوار الكبار، أو يكون اللعب التخيلي قاصراً ومتكرراً بصورة آلية مثل محاكاة شخصية تليفزيونية.

كمـــا أن هـــناك قلة ملحوظة للأنشطة والاهتمامات ومقاومة للتغيرات الطفيفة فـــي البيئة من حوله ، حيث يظهر الطفل تفاعلات مأساوية عندما يتغير مكانه حول مـــادة الطعـــام مـــثلاً، وغالباً ما يرتبط بموضوعات مثل الخيط، أو قطعة مطاط.. والســـلوك الحركـــي الآلـــي يشمل التصفيق باليدين. وحركات غريبة بهما، والهز والـــتأرجح، أو خبط الرأس والتمايل لكل الجسم، ويصر الأطفال الأكبر على إتباع الـــروتين (النظام) بطريقة صارمة مثل أتباع نفس الطريق إلى مكان ما.. وقد يوجد

---

* اللغة المجازية أو اللغة الاستعرية Metaphoric language يعني هذا المصطلح في التحليل النفسي استخدام الاستعارات أو بعض القصص التي تعبر عن المشاعر والخبرات التي يبدو أنها تحدث في المراحل المبكرة جداً في الحياة خاصة في المرحلة قبل التناسلية، وتظهر هذه اللغة عند الذهانيين خاصة الفصاميين، كما تظهر عند العصابيين، ويدل استخدام هذه اللغة على أحداث وتجارب حدثت عند هؤلاء المستخدمين لهذه اللغـــة فـــي المـــراحل قبل التناسلية وعن الرغبات الأوديبية لمكبوتة ويعكس، مضمون هذه اللغة التوتر الغريزي، ولكن هذه اللغة تحدث أيضاً عند الأسوياء في الأحلام (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٢، الجزء الخامس، ٢١٧١)، أما في حالات الأطفال الاجتراريين فيقصد بها أن الطفل له مفردات خاصة به يفهمها الذين يتعاملون معه وأنهم اعتاود أن يسمعوها منه ويتصرفون معه في ضوئها.

الانبهار بالحركة مثل حركة مروحة، وقد يكون ماهراً في الدوران حول نفسه وحول الأشياء، وقد يهتم بالزراير وأجزاء الإنسان أو اللعب بالماء.

وأما النمطية اللفظية Verbal Stereotyps فتشمل تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى؛ ولدى الأطفال الأكبر تكون الآلية اللفظية شاملة لذاكرة طويلة الأمد (مثل إعادة نفس كلمات أغنية سمعها قبل ذلك الوقت بسنوات، أو جداول القطارات أو مناسبات تاريخية، أو معادلات كيميائية) حيث أن هذه المعلومات تتكرر مرات عديدة دون اعتبار للموقف الاجتماعي ومناسبة ذكرها من عدمه.

ولا يختلف ما يذكره محمود حموده (١٩٩١: ١٠٣) في معرض تشخيص اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحيد" عن الذي يذهب إليه غالبية الباحثين في هذا الصدد، ومن ثم يرى أن هذا الاضطراب يمكن تشخيصه إذا توافرت ثمان من المواصفات الست عشرة التالية على أن تشمل على الأقل اثنتان من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج). [١١]

– وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل كما يظهر في واحدة مما يلي:

١- نقص ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كأشياء ويلاحظ كربهم أو همومهم).

٢- لا يبحث عن الراحة وقت التعب، أو يطلبها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضاً أو مصاباً أو مجهداً، يطلب الراحة بطريقة آلية مثل قوله: جنبه، جنبه، جنبه، عندما يكون مصاباً).

٣- لا يحاكيَ الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكيهم بصورة مضطربة (مثل: لا يلوح مودعاً – Bye Bye، أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة بالموقف).

٤- لا يشـــارك فـــي اللعب الاجتماعي أو يكون شاذاً، ويفضل اللعب الفردي، وإذا شارك الأطفال الآخرين فإنه يعاملهم كآلات.

٥-خلل بارز في قدرته على عمل صداقات مع الرفاق.

- خلـــل كيفـــي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي:

١- لا تـــوجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء، أو التواصل الحركي.

٢- التواصـــل اللالفظـــي غير الطبيعي الملحوظ، كما في استخدام الحملقة بالعينين والتعبيـــر الوجهـــي والوضع الجسدي أو الإيماءات لبدء تفاعل اجتماعي (مثل: عدم الابتسام أو النظر للآخرين عندما يقترب منه اجتماعياً، لا يجل (لا يحترم) والديه أو الزوار وله حملقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).

٣- غـــياب النشـــاط التخيلـــي مـــثل لعـــب أدوار الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات ونقص الاهتمام بالروايات الخيالية.

٤- شـــذوذات ملحـــوظة في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط علـــى المقاطع والمعدل والإيقاع (مثل: الكلام بنبرة أو وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال، أو بصوت مرتفع).

٥- شذوذات ملحوظة في شكل ومحتوى الكلام، وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة (مـــثل التـــرديد المباشـــر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التليفزيون)، سوء اســـتعمال الضـــمائر (مثل: قوله – أنت – عندما يود أن يقول – أنا) بالإضافة لاستخدام كلمات في غير مواضعها أو جمل.

٦- خلـــل ملحـــوظ في قدرته على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود ظروف مناسبة.

- النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي:

١- الحـــركات الآلـــية للجســم (مـــثل: النقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو أرجحة الرأس).

٢- الانشـــغال الدائم بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد (شيء) (مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طول الوقت).

٣- الكـــرب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة مهما كان طفيفاً، مثل تحريك فازة من مكانها المعتاد إلى آخر.

٤- الإصـــرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شئ ما.

٥- ضيق ملحوظ في الاهتمامات والانشغال باهتمام واحد فقط.

- بدايـــة الاضطراب خلال الرضاعة أو الطفولة، (وتحدد البداية إذا كانت بعد ثلاث سنوات او قبلها).

وفـــي عرضـــها لأعراض ما أطلقا عليه اجترارية طفولية، أو انطواء ذاتي طفولي Infantile autism، يشير كل من (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩١ : ١٧١٩) إلى أن هذا الاضطراب يتميز بما يأتي:

أ- نقـــص منتشـــر فـــي الاستجابة للآخرين (عدم الأهتمام، الفشل في الأستجابة لمحاولات التدليل، نقص الأنتباه إلى الآخرين والتقاء عينيه بعيونهم، اللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة).

ب- تضـــرر عملية نمو التواصل الذي يتدرج من الغياب الكامل للغة كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية الفجة والببغائية Echolalia وعكس ضميري "أنا" و"أنت" في الاستخدام وعدم القدرة على تسمية الأشياء واللغة الاستعمارية الخاصة.

ج- ســلوك شاذ مثل المقاومة حتى لأي قدر قليل من التغيير والتعلق الشديد بأشياء معيـــنة (مـــثل قطعة من الدوبارة أو سير من الجلد) والأعمال الطقوسية مثل

التصفيق بالأيدي أو الحملقة في الأشياء الأ.ـضـ ـية والدوارة. ويميز معظم الباحثين بين هذه الحال والحال الفصامية وتسمى أيضاً هذه الحالة مرض "كانر" Kanner's Disease أو زملة كانر **Kanner's Syndrome**.

وهناك من الباحثين من يرى أن تشخيص الذاتوية " أعاقة التوحد " كاضطراب نمائي يبدأ بالتعرف على أعراض الاضطراب (أو مظاهره) سواء ظهرت كلها أو بعضها، حسب كل حالة على إنفراد.

ولذلك يشير بعض الباحثين إلى هذه الأعراض على النحو التالي: (على سبيل المثال: رمضان القذافي، ١٩٩٤: ١٦٠-١٦٣):

(أ) اضطراب الكلام أو عدم الكلام مطلقاً، وفي هذه الحالة يكون الأطفال عديمي الكلام، وإذا ما تكلموا، فإن كلامهم يبدو غريباً وغير مفهوم أحياناً. ولا يعمل الأطفال الاجتراريون عادة على محاكاة غيرهم أو تقليدهم في الكلام، مثلما يفعل نظراؤهم من الأطفال الأسوياء.

(ب) ابتعاد الأطفال عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيرهم، وعدم الرغبة في صحبة الآخرين، أو تلقي الحب والعطف منهم. وأهم ما يلاحظ في هذا الصدد هو عدم استجابة الأطفال لانفعالات الوالدين أو مبادلتهم نفس المشاعر، وعدم الاستجابة لما يصل إليهم من مثيرات عن طريق غيرهم من البشر. ويظل الطفل معظم وقته ساكناً لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون للأشياء دون الناس، كما أنه يرفض الملاطفة والملاعبة ويعمل على تجنبهما.

(ج) ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أي من الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعاً لما يستدعيه الموقف.

(د) اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً في مجالات أخرى. ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية

عالـية، حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق الإنارة. وتشغيل الأقفال، كما قـد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين. وقـد يـبدي الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف وفي استخدام الأدوات الموسيقية.

(هـ) إظهار الطفل للسلوك النمطي المتصف بالتكرار، وبخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطـريقة معيـنة، أو تحريك الجسم بشكل معين، وبدون توقف دون شـعور بالملـل أو الإعـياء. ونظـراً إلى اتجاه الأطفال للعب بالأشياء، فقد يستغرقون في تكرار عمل الأشياء نفسها بشكل متكرر دون كلل.

(و) كثـرة الحـركة، أو مـيل الأطفال إلى الجمود وعدم الحركة، فقد نجد بعض هـؤلاء الأطفـال كثيري الحركة ولا يميلون إلى السكون، بينما يبقى بعضهم الآخر في حالة عزلة عن العالم حسياً وحركياً.

(ز) عـدم الإحسـاس الظاهـر بـالألم، وعدم تقدير هؤلاء الأطفال للمخاطر التي يتعرضـون لهـا والتي يعيدون التعرض لها المرة تلو المرة، على الرغم من الأضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.

(ح) ظهـور الأطفـال بمظهر الاختلاف عن الأطفال الآخرين مع سرعة الانفعال، في حالة تدخل أحد في شؤونهم، وشدة غضبهم الذي يظهر فجاءة. وتبدو هذه الصـورة بوضـوح فـي حـالات الأطفال الذين لم يتعدوا خمس سنوات من عمرهم على وجه الخصوص.

(ط) المـيل إلى الاستجابة بشكل غير طبيعي، لبعض المثيرات، بحيث يبدو الطفل وكأنـه مصاب بالصمم أحياناً، بينما قد يعمل على الاستجابة لبعض الأصوات بشـيء من المغالاة، أحياناً أخرى. ويبدو واضحاً أن هؤلاء الأطفال يكرهون سـماع بعـض الأصـوات فـي نفـس الوقت الذي لا يستجيبون فيه لغيرهم من الأصوات.

وتـرى " كريستين مايلز " (١٩٩٤ : ١٨٥-١٨٦) أن الطفل المصاب بـ "التوحد" يمكن التعرف عليه لأنه تبدو عليه كثير من السمات التالية:

١- لا يطـور علاقات شخصية. ولا يستجيب الطفل الرضيع للحمل والاحتضان. ويتجنب الطفل الأكبر سناً في العادة النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع بشكل خـاص عن إقامة الاتصال بالعين. وعندما يمسك للطفل التوحدي بإنسان آخر فكأنه يمسك بقطعة أثاث وليس بإنسان.

٢- لا يـبدو علـيه أنه يعرف بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة به. وكثيراً ما يحـاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والإمساك بها، كما لو كانت أشياء جامـدة، وإلى درجة إيذاء أنفسهم، وإذا تمكن هذا الطفل "التوحدي" من الكلام فإنه قد لا يدرك الفارق بين "أنا" و"أنت" و "هي".. الخ.

٣- الـتعلق الاسـتحواذي "المأخـوذ" بأشياء معينة. فقد يسعى الطفل إلى الإمساك بشـيء واحـد دوماً "كقطعة قماش أو كوب.." ويشعر بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيء منه.

٤- يصـبح شديد الحزن إذا تغيرت البيئة المحيطة به بأي طريقة كانت. مثلاً: إذا نقـل الأثاث من مواقعه المعتادة، أو إذا أفتقد شيئاً مألوفاً لديه. وقد ينزع الطفل إذا جـرى خـرق الروتين، ولم يحافظ عليه بصرامة. وكثيراً ما تتطور عنده طقوس معينة كأن يطوي ملابسه بطريقة معينة، وأن يصر على جلوس الناس فـي أماكن معينة لتناول الطعام، وأن يغتسل بطريقة معينة، وقد يرفض الطفل أكل طعام غير مألوف لديه .

٥- يُظهر حزنه بنوبات غضب عنيفة أو بعض نفسه أو بحركات معينة كالهز إلى الأمـام والوراء، أو القفز صعوداً وهبوطاً، أو الركض في أرجاء الغرفة على أطـراف أصـابعه. وكثيـراً مـا لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه.

وقد لا تجدي كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه.

٦- شـذوذ الإدراك، فكثيـراً ما يستجيب الأطفال "التوحديون" بطريقة غريبة وقد يـبدون عاجـزين عـن سماع الأصوات العالية ولكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضـة التـي لا يسـمعها الآخرون إلا بصعوبة. وقد يحب الطفل إمساك وتفحـص أجسام دقيقة، كحبات الرمل أو بذور الأعشاب ويبدو وكأنه لا يشعر بشيئ قد يسبب له الألم.

٧- عـدم امتلاك ناصية اللغة، أو امتلاك القليل منها فقط. ويمكن للطفل الذي يملك بعـض القـدرة علـى الكلام، أن يكرر جملا قد سمعها قبل زمن. وقد يفتقر صـوت الطفل إلى التعبير أو النغمة. وقد لا تفهم الضمائر الشخصية مثل "أنا" و"أنـت" و.. الـخ حين ينطقها.. و لا يفهم الطفل الإيماءات ولا يستعملها في العادة.

٨- قـد يكتسب الطفل أوضاع أو طرق غريبة عندما يتحرك وقد يفتل الطفل خيطاً أو يلعب بطريقة محددة بأي شيئ آخر .

٩- لا يلعـب بطـريقة تخيلية، فهو لا يستعلم اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (مثلا: قد يستعمل الطفل الدمى أو السيارات كمواد بناء بدلاً من استعمالها كـ "أطفال" أو كسيارات تسير على الطريق).

١٠-علـى الـرغم من كون بعض الأطفال " التوحديين " متخلفين عقلياً، فإن لدى بعـض الآخـرين " جـزراً " من القدرة على حساب الأعداد بسرعة وبشكل صـحيح. ويمكن للبعض الآخر، الذي لا يستطيع التكلم، أن يعبر عن مشاعره بكـتابة الشـعر، أو أن يمـتلك قـدرة موسـيقية خارقة، أو أن يرسم بشكل عادي.

ويرى عثمان لبيب فراج (١٩٩٥: ٢) أنه لما كان للتعرف على الأعراض الحقيقـية لهـذه الإعاقـة أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم لها، ولما كانت بعـض هـذه الأعـراض تتشـابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالـتخلف العقلي أو صعوبات و(إعاقات) التعلم، وربما أيضاً مع بعض أعراض

الفصـــام الطفلـــي أو الاكتئاب، فإنه من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض آخذين في الاعتبار ما يلي[١٢]:

(أ) أنـــه لـــيس مـــن الضـــروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحـــالات التـــي تعاني من إعاقة "التوحد" بل قد يظهر بعضها في حالة معينة، ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى.

(ب) أنـــه قـــد يتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الـــذي يبدأ فيه العرض في الظهور، فقد يبدأ ظهور أعراض "التوحد" في بعض الحـــالات فـــي خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد، ولكن الأغلب أن يكون ظهـــورهما فـــيما بين العامين الثاني والثالث، أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل.

ويشير عثمان لبيب فراج (١٩٩٤ : ٥-٨) إلى ثمانية من أعراض الذاتوية "أعراض التوحد" لا تختلف كثيراً عما ذكره من سبقه من الباحثين، وهذه الأعراض يمكن الإشارة إليها على النحوّ التالي:

١- القصور الحسي:

إذ يبدو الطفل الإجتراري كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثيـــر خارجـــي إلى جهازه العصبي، فإذا مر شخص قريب منه، وضحك أو سعل أمامـــه أو نادى عليه، فإنه يبدو كما لو كان لم ير أو يسمع أو أنه قد أصابه الصمم أو كف البصر.

ومـــا إن تـــزداد معـــرفتنا بالطفل، فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية.

هـــذا وقد يؤدي الفشل في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصـــور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب وغيرها.

٢- العزلة العاطفية أو البرود العاطفي:

حـــيث لا يتجاوب الطفل مع أية محاولة لإبداء العطف أو الحب له. وكثيراً مـــا يشـــكو أبـــواه من عدم إكتراثه أو عدم إستجابته لمحاولاتهما تدليله أو ضمه أو تقبـــيله أو مداعبـــته، بل وربما لا يجدان منه إهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه. وفـــي كثير من الحلات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما وقد تمضي ســـاعات طـــويلة، وهوّ في وحدته، لا يهتم بالخروج من عزلته، أو تواجد الآخرين معـــه. ومـــن الـــنادر أن يـــبدي عاطفة نحو الآخرين، بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

وفي حين نجد أن الطفل السليم العادي يستطيع أن يتعرفُ على أمه ويميزها عـــن غيرها من الكبار، ويتهلل وجهه ويهز يديه ورجليه فرحاً عندما تقبل عليه أمه لحملـــه فـــي مـــرحلة مبكـــرة من عمره قبل الشهر السادس، وقبل أن يتعلم الكلام، ويكتسب أي رصيد لغوي، وبينما نجده يبكي إذا تركته أمه أو نهرته لأي سبب من الأســـباب، أو بمعنى آخر فإننا نجد في حالة الطفل غير المعاق قدرة على الاتصال والتعبير والتفهم العاطفي والانفعالي في سن مبكر قبل تعلم الكلام، بينما نجد العكس في حالة الطفل الذي يعاني من إعاقة التوحد تغيب هذه القدرة على الاتصال، وعلى تبادل الأحاسيس والانفعالات وتفهمها والتعبير عنها. (١٣)

وبيـــنما تلتقي عينيّ الطفل العادي مع عينيّ الأم ويتبادلان النظرات بدءاً من الطفـــولة المبكرة، فأننا نجد الطفل الذي يعاني التوحد لا يتبادل النظرات مع أيّ من الكبار أو الصغار من حوله، ولا حتى مع أمه أو أبيه لجذب انتباهه أو متابعته أثناء الحديث.

٣- الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر:

فكثيراً ما يقوم الطفل الإجتراري لفترات طويلة بأداء حركات معينة، يستمر فـــي أدائهـــا بتكرار متصل لفترات طويلة. كهزهزة رجليه أو جسمه أو رأسه، أو الطـــرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت، أو

همهمـــة بشكل متكرر . وقد يمضي الساعات محملقاً في اتجاه معين، أو نحو مصدر الضـــوء، أو صـــوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو ساعة تدق، ولا تكـــون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين، بل هي في واقع الأمر اســـتثارة ذاتـــية تـــبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي، ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقـــه الـــتام علـــى نفسه وعالمه الخيالي الخاص ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلاً على حالته كما هي.

٤- نوبات الغضب أو إيذاء الذات:

وبالـــرغم مـــن أن الطفل الاجتراري قد يمضي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حـــركات نمطـــية أو منطوية على نفسه، لا يكاد يشعر بما يجري حوله، فإنه أحـــياناً مـــا يـــثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصـــدقاء الأســـرة أو المتخصصـــين العاملـــين على رعايته أو تأهيله. ويتميز هذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض والخدش (الخربشة) والرفس.

وقـــد تشكل عدوانيته إزعاجاً مستمراً لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عـــدم الـــنوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة أو في شكل تدمير أدوات أو أثـــاث أو تمـــزيق الكـــتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقـــاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنمـــاط الســـلوك التـــي تزعج الأبوين اللذين يقفان أمامها حائرين. وكثيراً ما يتجه العـــدوان نحـــو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه، حتى يدمي نفسه، أو بضرب رأســـه في الحائط، أو بعض الأثاث بما يؤدي إلى أصابه الرأس بجروح أو كدمات أو أورام، أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

٥- القصور اللغوي والعجز عن التواصل:

فكثيـــراً مـــا يعـــتقد بعض الآباء أن الطفل يعاني من الصمم وبالتالي البكم Mutism بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفل، رغم أن الأصوات العالية قد لا

تثير استجابة لديه، فإنه يمكن أن يسمع خفيف الريح أو ورق الجريدة أو أوراق الألومنيوم، التي تغلف قطعة الشيكولاته. وعلى هذا لا يكون عدم تجاوبه نتيجة صمم ولكن نتيجة عدم قدرته على تفهم الرموز اللغوية، وما هو مفروض أن تنقله إليه من معاني.

وبالتالي- كما هو الحال في معظم حالات الأطفال الأجتراريين - لا يمكن أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر أصواتاً ليست ذات معنى أو همهمة غير مفهومة وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم، نجده نادراً ما يفهم ما يقول، وإذا قال شيئاً فإنه يكون إعادة أو صدى لما يوجه إليه من كلام، فإذا سألته ما إسمك؟ فإنه يردد نفس السؤال ما إسمك؟ بشكل ترجيعي Echolatic ، وبنفس شدة الصوت والنغمة التي توجه بها السؤال إليه. وفي بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال أو يبدأ الطفل بترديد العبارة أو السؤال بعد ساعات من سماعه، أو حتى بعد مرور يوم أو أكثر. [١٤]

وقد يقتصر كلامه على استخدام بضع كلمات ولا يستخدم الكلمة أو الجملة الصحيحة في مكانها المناسب وغالباً ما يفشل في تركيب جمل ذات معنى أو استخدام الكلمة في المكان المناسب. كما يعاني من عجز في الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة ومع هذا القصور اللغوي فإنه يبدو أن لبعض هؤلاء الأطفال ذاكرة قوية (عثمان فراج، ١٩٩٥ : ٥)، حيث لوحظ أن بعضاً منهم يردد جملة أو كلمة أو لحناً موسيقياً مما يسمعه أثناء مشاهدته للتليفزيون في فترة سابقة مستعملاً نفس الألفاظ بشكل حرفي، وعدم قبول أية مرادفات أو مختلف دلالات نفس المعنى أو العبارة. وكثيراً ما يلاحظ أن الطفل الاجتراري يستخدم الضمائر المقلوبة أو المعكوسة كالإشارة إلى نفسه بضمير "أنت" وللشخص الذي يخاطبه بضمير "أنا" وكثيراً ما يتفوه بألفاظ لا معنى لها أو بلهاء Utterances، وهو كثير الحدوث ممثلاً في الحقيقة تحولات خاصة ومجازية داخل النفس. وقد يعمم الطفل وصفاً لشيئ معين، فيصف مثلاً أي كتاب يراه على

أنــه " كايــة الشــاطر حسن" أو أي زجاجة يراد على انها "زجاجة بيبسي كولا" لمجــرد أنــه فــي موقف سابق، كان قد سمع هذا الوصف أو ذاك مرة واحدة في الماضي لكتاب يحكي قصة الشاطر حسن أو زجاجة كان بها "بيبسي كولا".

٦- التفكير الإجتراري المنكب على الذات:

يتميز الطفل الاجتراري Autistic Child بالاجترار المستمر والذي تحكمه أهــواء أو حاجــات أو رغبات النفس. ويبعده هذا التفكير عن الواقعية التي تحكمها الظــروف الاجتماعــية المحــيطة بــه، فهــو يــدرك العالم المحيط به في حدود الــرغبات والحاجــات الشخصية، فكل ما يشد انتباهه هو الانشغال المفرط برغباته وأفكــاره وتخيلاته دون أي مبالاة أو إحساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله؛ فهو يعيش فقط في عالمه الخاص في توحد وعجز عن الاتصال بالآخرين أو النجاح في إقامة علاقة معهم.

كمــا قد يمضي من الوقت ساعات وساعات غارقاً في ذاته غير شاعر ولا ملــتفت إلــى ما يجري حوله، ولا يميز بين شخص وآخر ، ويصر على أن يترك وشأنه وحيداً. (١٥)

وقــد يثور ويتهور إذا حاول أحد تغيير هذا الوضع الذي قد يستمر لساعات طويلة فهو دائماً منغلق على ذاته.

٧- قصور في السلوك التوافقي:

وبالــرغم مــن أننا لو استعرضنا الأنماط السلوكية التي ذكرناها سابقا- وقد تــبدو في شكل غريب لو وضعت جنباً إلى جنب، ألا أن هناك ما هو الأغرب منها وهو قصور الطفل الاجتراري وعجزه في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداؤهــا الأطفال العاديين ممن هم في نفس سنه، ومستواه الاجتماعي والاقتصادي، ففــي ســن الخمس، والعشر سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل الاجتراري أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل.

وهـو يعجـز عـن رعاية نفسه، أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمـه أو يقـوم بخلع أو ارتداء ملابسه، وقد يهمه عند إعطائه لعبة أن يلعب بها، بـل يسارع بوضعها في فمه، أو الطرق المستمر عليها بيده، أو أصابعه، وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي قد يتعرض لها.

٨- الأفعال القسرية والطقوس النمطية:

غالـباً مـا يغضـب أو يـثور الطفل الاجتراري عند إحداث أي تغيير في سـلوكه الروتيني اليومي، أو في المحيط الذي يعيش فيه، فمجرد تغيير الكوب الذي أعتاد شرب اللبن فيه حتى أسلوب مقابلته أو تحيته لا يحتمل تغييرها سواء بالشكل، بالزيادة أو النقصان، وقد يعاني نتيجة أي تغيير في أنماط حياته من وسواس عنيف أو قلق مزعج.

وكثيراً ما يندمج الطفل في سلوك نمطي، كما لو كان طقوساً مفروضة عليه كـأن يحـرك ذراعـه بشكل معين يستمر عليه لفترات طويلة أو يطرق بيده على رأسـه، أو أي جـزء من جسمه بجزعه أو بنصف جسمه الأعلى بشكل دائري، أو يـدور حول نفسه أو حول طاولة أو مائدة في الغرفة أو يجلس محملقاً في مروحة هـواء تدور، ويظل دقائق أو ربما ساعات على مثل هذه الأوضاع أو غير ذلك من الأفعال القسرية والتي لا يحتمل إزعاجه أثناء قيامه بها.

ثانـياً: عطـب واضـح فـي الارتقاء اللغوي، وغالباً ما يردد الطفل الاجتراري الكلمـات، ويعانـي غالـباً من عدم القدرة على استخدام الضمائر كأن يقلب الآخر بـ "أنـا" ويلقب نفسه بـ "أنت" بالإضافة إلى عدم القدرة على التخيل وتقليد الآخرين.

ثالثا: ممارسة أنماط سلوكية نمطية.

وحـدد "روبارز (Roeyers, 1995: 161-162) كيفية تشخيص أعراض مرض الذاتوية "إعاقة التوحد، على النحو التالي:

١- يبدأ قبل ثلاثين يوما من عمر الطفل
٣- افتقاد الاستجابة للآخرين
٣- صعوبات في النمو اللغوي
٤- مقاومة التغير
٥- الإصرار على الروتين
٦- الهلوسة أثناء النوم
٧- قصور في لتواصل اللفظي وغير الفظي
٨- ضعف في القدرة العقلية
٩- صعوبات في فهم الانفعالات
١٠- ترديد الكلمات

ويضـــع شعلان (مرجع سابق: ١١٦-١١٩) أساساً لأعراض الذاتوية "إعاقة الـــتوحد" يحدده في أن الطفل- بادئ بدء- لا يستطيع تكوين علاقات ذات معنى مع الآخـــرين علـــى غير حالات الفصام حيث يكون الطفل قد كون علاقاته ثم انتكس. وهـــي أعراض وأن كانت تبدو جزءاً من طبيعة الطفل، في شهوره الأولى، ألا أنها مـــبالغ فـــيها، وهـــي على أية حال لا تشد الاهتمام إلا حينما يبدأ الطفل في النمو، ويتضـــح الفـــرق بيـــنه وبـــين الأطفال الآخرين، بل على العكس، فإن ظهور هذه الأعـــراض في الشهور الأولى قد يأخذ صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف الغرباء وأن كان لا يصادقهم.

وتزداد الأعراض وضوحاً بعد العام الأول، فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم لكـــلام فـــي هـــذه السن، إلا أن الطفل الاجتراري (الذاتوي) ينغلق على نفسه، ولا يظهر إلى اتصال بالآخرين، فيصبح استخدامه للغة بالتالي غير ضروري، ومن ثم فإنـــه يتأخـــر فـــي اســـتخدام اللغـــة وذلـــك إذا تعلمها فكثيراً ما تجد فيها مظاهر الاضـــطراب، كأن يكرر الطفل كلمات أو جمل، أو قد يردد ما يقال له (المصاداة)

أو يكـــرر الكلمة النهائية في كل جملة. وقد يخلط بين معاني الكلمات، ويخطئ في تســمية الأشـــياء رغم أنه قد يتعرف على الأشياء ذاتها. ومع هذا فقد يجيد التعبير بوسائل أخرى غير منتظمة مثل الموسيقى والرسم.

وإذا كـــان الكـــلام يمـــثل جانباً من وسائل الاتصال بالآخرين فإن السمع يمثل جانـــباً آخـــر، وهـــنا أيضاً قد نجد مظاهر الاضطراب في انغلاق الطفل على ذاته بدرجـــة قـــد تجعلـــه يبدو كما لو كان لا يسمع الآخرين، وتبدو استجابته للأصوات الأخرى غير الكلامية أفضل.

وينطـــبق هـــذا على وسائل الإدراك مثل النظر واللمس والتذوق فهو يميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية، ويكاد يوزع نظره على الأشياء دونُ تركيز، فقد يرى أشـــياء علـــى أطراف مجاله النظري، وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعـــم الأشـــياء، وقـــد يجد صعوبة في التوافق بين الحركة والصوت (الرقص مثلاً).

وعلـــى مســـتوى الســـلوك الحركي، نجد لدى الأطفال الاجتراريين، بعض الحركات الغريبة مثل لي الأصابع والأذرع، وكذلك الاهتزاز، وخبط الرأس، ولكن الغالـــب هـــو الحـــركات التـــي بواسطتها يبدو أن الطفل يسعى للتلامس مع بيئته والتعـــرف علـــيها، فهـــو لا يحـــس الأشياء والأشخاص إلا إذا تعامل معها جسدياً وحركها ورتبها، وكذلك لا يطبق التجديد والتغيير.

فـــي مجـــال المـــزاج، فإن البرود العاطفي هو العنصر المميز، ولكننا قد نجد انفعالات مبالغاً فيها ولا تتفق مع الموقف، فقد يخاف الطفل الاجتراري لسبب تافه، ومـــع هـــذه الاضـــطرابات الإدراكية والحركية والمزاجية، فإن صورة الجسم لدى الطفل لابد وأن تتأثر.

وكـــذلك ســـوف يتأثر النمو وفي هذه الحالة قد ينمو الطفل في مجالات معينة، نســـتطيع أن نقول أنها الحالات التي يقل فيها العامل الإنساني، إذ أن علاقة بأشياء تكون أفضل من علاقاته بالأشخاص. (١٦)

ويمكــن وصــف السلوك المرتبط بهذه الاضطرابات، بأنه سلوك ذاتوي، وهو الإفراط في الانطواء والانعزال والضعف في العلاقات مع الآخرين.

ومــن ناحية أخرى، نجد أن الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل يشير إلى محكات الذاتوية "إعاقة التوحد" على النحو التالي:

أن تــتطابق على الأقل ثمانية أعراض من مجموعات الأعراض الثلاثة التالية على أن توزع كالآتي:

اثنــين علــى الأقــل من المجموعة (أ) وواحد من المجموعة (ب) ووحد من المجموعة (جـ)، وهذه المجموعات الثلاث هي كالآتي:

المجموعة (أ) عطب واضح في التفاعل الاجتماعي يظهر في:

١- عجز واضح في مستوى الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين.

٢- بحث شاذ عن الراحة في أوقات الانعصاب.

٣- قصور في التقليد.

٤- عدم وجود شذوذ في اللعب الاجتماعي.

٥- قصور واضح في القدرة على تكوين جماعات مرجعية أو أصدقاء.

المجموعة (ب) عطب واضح في الاتصال التخيلي ويظهر في:

١- عدم القدرة على الاتصال

٢- شذوذ واضح في الاتصال غير اللفظي

٣- غياب النشاط التخيلي

٤- شذوذ واضح في الحصيلة اللغوية

٥- شذوذ واضح في شكل ومضمون الكلام (مثل ترديد الكلام)

٦- قصور واضح في القدرة المبادرة أو الاستمرار في الحديث

المجموعة (جـ) محدودية النشاط والاهتمامات وتظهر في:

١- حركات جسمية نمطية.

٢- الإصـــرار علـــى تحريك أو اللعب بأجزاء الأشياء (مثل تحريك عجل السيارة فقط).

٣- توتر وانعصاب واضح عند حدوث أي تغير تافه في البيئة.

٤- إصرار غير منطقي على الروتين اليومي.

٥- محدودية واضحة في الاهتمامات.

المجمـــوعة (د) يظهـــر الاضـــطراب الـــتوحدي (الاجتراري) خلال الطفولة المبكرة، أو الطفولة (خاصة بعد الشهر السادس والثلاثين من العمر، أي في حوالي السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل).

والخلاصة من كل ما سبق وإضافة إليه، هو أن النظرة الحالية- عند تشخيص الاجتـــرارية- هـــي تلك التي ترى أن العجز الأساسي (القاعدي) ربما يكون عجزاً فـــي اســـتخدام، وترجمة الخبرات والتجارب الحسية، وخصوصاً ما يتعلق بالعجز المتصل بحاسة السمع، وحاسة البصر، وأنه ربما يكون ذلك العجز ناشئاً عن عيب موجود في معالجة المخ The Brain's Processing للمعلومات الحسية.

وهـــناك اقتراح إضافي مفاده أن الصعوبة التي تظهر بصفة خاصة عند البدء فـــي تـــرجمة وتأويل الرموز التي يمكن أن تفسر الصعوبات اللغوية بالإضافة إلى الســـمات العديـــدة الأخـــرى، فعلـــى ســـبيل المثال، نجد أن القصور في العلاقات الاجتماعـــية ربمـــا يكـــون ناشئاً في جزء منه غيبة الفهم والإدراك بالنسبة لمعنى الـــرموز غيـــر اللفظية مثل التعبيرات الوجهية Facial expressions، والأفعال، والإيماءات.(١٧)

كمـــا أن لعـــب الأطفال الاجتراريين يكون يدوياً (تناولياً)، ويفتقر إلى عنصر الإيهـــام The make believe الـــذي يميز لعب الأطفال العاديين (الأسوياء)، مما

يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية Symbolic function تلك الوظيفة التي أوضحها "جان بياجيه" Jean Piaget على أنها تبزغ وتظهر من خلال السلوك الحسي الحركي العام الثاني من حياة الطفل.

وهذه النظرة للأطفال الاجتراريين، والتي تتضمن أنهم يتسمون سلوكياً بتسعة سمات مميزة يمكن التعرف عليها لإعطائنا نسقاً أكثر تكاملاً وأكثر معنى لهذه الزملة من الأعراض.

وعلى هذا النحو يمكن الخروج من المناقشة السابقة بأن العناصر الرئيسية الاجترارية هي: التجنب أو المبالغة في رد الفعل ، للمثيرات السمعية والبصرية؛ والاهتمام الخاص بخبرات إدراكية معينة؛ ووجود اضطرابات وأنماط غريبة شاذة في الحديث واللغة، وأن هناك سلوك حركي غير عدي ومقاومة للتغيير في البيئة، وتطرف في التعبير عن الانفعالات، وأيضاً في الحالة المزاجية؛ مما يمكن النظر إليه على أنه ردود أفعال تجاه العالم الذي لا يمكن فهمه أو إدراكه من قبل الأطفال الاجتراريين. وقد أعد وينج Wing (١٩٦٨) تقريراً للتعرف على زملة أعراض اضطراب الاجترارية.

(لمزيد من التفاصيل يمكن الرجوع إلى : Mittler, 1968).

وتوضح (Wendy B. 90) أن سمات الطفل التوحدي تنحصر في خمسة جوانب أساسية وهي كالآتي:

١- اختلال التفاعل الاجتماعي:

ويبدو من خلال العجز في إقامة علاقات اجتماعية وعدم القدرة على تنمية هذه العلاقات إن وجدت.

٢- اضطراب الارتقاء اللغوي Language Developmental Disorder :

ويكون هذا الاضطراب على مستوى استخدام مفردات اللغة والضمائر ونغمة الكلمات وانحراف التركيب اللغوي مع وجود ترديد الكلام (صداء الصوت

Echolalia) وأيضاً الفشل في تفهم المواقف Understanding Situations هذا مع اختلال الإدراك خاصة فيما يتعلق بالمنبهات الحسية Sensory Stimuls

٣- اضطراب التواصل Communication Disorder :

وهـذا يكـون على المستوى الاجتماعي - اللغوي - المعرفي، مع قصور في القـدرة على التخيل Imagination خاصة فيما يتعلق بمواقف اللعب والاحتكاك مع الآخرين.

٤- اضطراب التآزر الحركي.

٥- نمطية السلوك الروتيني التكراري.

ولخصت (Lorna Wing, 91) سمات الطفل التوحدي في النقاط التالية:

١- قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الوجداني.

٢- لا يأخذ وضع الاستعداد عندما يقترب منه أحد الوالدين لرفعه بين يديه.

٣- لا يسـير الطفل التوحدي في أعقاب والديه ولا يجري لاستقبالهما عند عودتهما للمنزل.

٤- لا يسعى الطفل الذاتوي إلى استدرار العطف والحنان إذا أصيب بأذى.

٥- لا يتعود على إلقاء التحية أو التوديع أو تقبيل الوالدين أو من يقوم برعايته.

٦- لا يبدو عليه الاهتمام أو الاستجابة لهذا المطلب العاطفي من قبل والديه.

٧- لا يبدو على الطفل أي ملامح ضيق أو قلق عند انفصاله عن والديه.

٨- يفـتقد القـدرة علـى التواصل البصري في حين أنه لا يجيد استخدام نظرات العين.

٩- الطفـل الـتوحدي يتجنب النظر بالعين في وجود الآخرين ولا يستطيع تحويل نظراته من مؤثر إلى آخر.

١٠- يبدو على الطفل تعبيرات وجهية لا يستطيع المحيطين به الحكم عليها.

١١- لا يستطيع الطفل المتوحدي أن يكتسب مهارة اللعب الجماعي التبادلي أو التثاني البسيط.

١٢- عادة ما يفشل في تكوين صداقات أو علاقات.

١٣- لديه قصور في استقبال المشاعر والاستجابات الاجتماعية.

١٤- الطفل التوحدي يتأخر في تحصيله اللغوي بدرجة كبيرة.

١٥- لا يستطيع فهم واستيعاب الكلمات المنطوقة والحديث الموجه.

١٦- غالباً ما يرتبط كلامه (إن وجد) بالاحتياجات الأساسية.

١٧- الطفل التوحدي لا يشغله سوى اللحظة الحاضرة.

١٨- الطفل المتوحدي يردد الكلام بصورة تتسم بالنمطية والتكرارية بدون تناسب الموقف.

١٩- لا يميز في استخدام الضمائر (أنا- أنت- نحن).

٢٠- يظهر ضروباً سلوكية تتسم بالنمطية والتكرارية.

٢١- لديه قصور في القدرة على التخيل خاصة في مواقف اللعب والمشاركة مع الأطفال.

٢٢- يظهر الطفل المتوحدي اهتماماً وانشغالاً غير عادي برائحة الأشياء وملمسها.

٢٣- تتسم الأنشطة بالجفاف والصلابة وعدم المرونة (مقاوم التغير في البيئة المحيطة).

٢٤- لا يستطيع إدراك المنبهات التي تتطلب قدرات بصرية مكانية.

٢٥- يبدو عليه أنه طفل عادي يوحي وجهه أنه على درجة كبيرة من الذكاء.

٢٦- قد توجد بعض العيوب الخلقية لديه ولكن هذه المشكلة لا تمثل أهمية تشخيصية.

٢٧- أحياناً يصاب الطفل التوحدي ببعض اضطرابات الجهاز العصبي التي تظهر في شكل ضعف القدرة على التآزر الحركي مع وجود بعض الحركات الثانوية اللاإرادية.

خلاصة وتعقيب:

ونستخلص مما سبق أن الأطفال التوحديين يبدو عليهم مجموعة متلازمة من الانحرافات في جوانب مختلفة متمثلة في القصور في التفاعل الاجتماعي- الاتصال والوظائف المعرفية متمثلة في نقص في جميع الجوانب الآتية (الانتباه- التفكير- التخيل- الإدراك.. الخ). كل هذه الملامح تظهر متلازمة بعضها البعض وأيضاً قد تتداخل مع اضطرابات أخرى مختلفة، فلهذا يبدو تشخيص الاضطراب التوحدي صعباً للغاية ويحتاج إلى كثير من المتخصصين لوضع التشخيص المناسب، ولهذا من الممكن تلخيص بعض المظاهر السلوكية للطفل التوحدي مقارنة بالطفل العادي.

الاختلاف في سلوك الأطفال الصغار التوحديين وغير التوحديين

الأطفال التوحديين	الأطفال العاديين
الاتصال: - يتجنبون الاتصال بالعين. - يبدون وكأنهم صم. - يبدأون في تنمية اللغة، ثم فجأة يتوقفون عن الحديث.	- يدرسون وجه أمهاتهم. - تثيرهم الأصوات باستمرار. - يستمرون في تعلم مفردات جديدة، ويتوسعون في استعمال التراكيب اللغوية.
العلاقات الاجتماعية: - يتصرفون كما لو كانوا غير مدركين بدخول وخروج الآخرين. - يهاجمون ويحرجون الآخرين جسدياً دون تحرش أو إثارة.	- يصرخون عندما تتركهم أمهاتهم ويكونون قلقين مع الغرباء. - يظهرون غضباً عند الجوع أو الإحباط.

- لا يمكــن الوصول إليهم، كما لو كانوا في غلاف يعزلهم عن المجتمع.	- يتعــرفون عــل الوجــوه المألــوفة ويتبعون.
اكتشاف البيئة: - يظل ثابتاً على حركة أو نشاط واحد. - يقومــون بأنشطة وحركات غريبة مثل الاهتزاز وإرخاء الأيدي والتصفيق. - يستنشق أو يلعق اللعب. - لا يظهــر حساسية للحروق والكدمات وقــد يشــوهون أنفســهم مثل العض الشديد.	- يتحركون بانهماك من نشاط لآخر. - يستخدمون الجسد للوصول لمكان أو موضوعات معينة. - يكتشف اللعب ويلعب بها. - يبحث عن السعادة وتجنب الألم.

تربية الأطفال الذاتويين وتعليمهم:

يقــدر بعــض الباحثين المهتمين بدراسة ظاهرة الذاتوية، إعاقة التوحد أنه من بــين كل عشرة آلاف (١٠,٠٠٠) طفل هناك طفلين أو أربعة أطفال يعانون من هذه الحالــة المرضية، وهذا معناه أن هناك ما يقرب من ثلاثة آلاف طفل اجتراوي في أنحــاء بلــدنا (هذا العدد من الأطفال الاجتراريين يصدق على المملكة المتحدة عام ١٩٧٣) ومــع هــذا، لــيس هناك سياسة واضحة فيما يتعلق بتربية هؤلاء الأطفال الاجتراريين.

وطــبقاً لما ذكره كل من إيلجار، وينج Elgar & Wing (١٩٦٩) فإن هناك مــا يقرب من نصف هؤلاء الأطفال يعالجون في مستشفيات الأطفال دون العاديين Subnormality Hospitals، وأمــا النصــف الباقــي ففــي المدارس الخاصة للأطفــال دون العاديين كذلك، وأيضاً في أنواع متباينة في المدارس الخاصة، وفي المــدارس العادية والمدارس ذات المصروفات. وعلى أي الأحوال، هناك عدد من الــوحدات الملحقــة بالمستشفيات، أو تلك الوحدات التي أقيمت بجهود من السلطات التــربوية المحلــية، كما أن هناك الجمعية الوطنية للأطفال الاجتراريين والتي تدير

مدرســتين خاصــتين لهــؤلاء الأطفــال، وتأمــل أن تبنى هذه الجمعية المزيد من المدارس لهذه الفئة من الأطفال.

إن الأطفــال الاجتــراريين يفتقــرون إلــى الفهم الكامل لظروف اضطرابهم ويفتقــرون أيضــاً إلــى وجود أساليب تربوية تلبي حاجاتهم، وهذا يجعل الباحثون يمــيلون إلى التشبث بعمل احتياطات خاصة عند الحديث عن تعليم وتربية الأطفال الاجتراريين، وأيضاً نجَد بعضهم أحياناً يقترح اقتراحاً مفاده أن من المجدي بالنسبة لهــؤلاء الأطفــال أن يكــون تعلــيمهم وتربيتهم في مجموعات مختلطة مع أطفال آخــرين. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، فإن أعراض الذاتيوية "إعاقة التوحد"- كما سبقت الإشارة إليها ووصفها- يشير إلى أن البحث عن طرقٍ وأساليب مركزة، وذات شــكل معــين تيسر للأطفال الاجتراريين سبل التغلب على الصعوبات، وهي المطلــوبة وبقــوة أفضــل من وضعهم مع أطفال مماثلين لهم في مستوى التوظيف العقلي، والسعي نحو مستويات أفضل.

وتهــدف عملــية تعلــيم وتــربية الأطفــال الاجتــراريين إلى معاونة الطفل الاجتــراري علــى الإفادة من بيئته، لأننا كما نعرف عنه، يظهر عجزاً في ترجمة انطــباعاته عنها، ولا يكون بمقدوره أن يتعرف عليها أو ينظمها وأحياناً ما نجد أن الطفل الاجتراري يضطرب حين يمر بخبرة إدراكية اضطراباً يصل به إلى الدرجة التــي يتجــنب بها هذه الخبرة وغيرها من الخبرات المماثلة أو أن ينغلق على نفسه حتــى لا يعــرض نفسه لمزيد من الحيرة والارتباك، ولهذا، فهو في حاجة إلى بيئة مستقرة ثابتة، لها روتين راسخ فهي أفضل بالنسبة له من البيئة الحرة الطليقة.

وعلــى الــرغم من أنه في ضوء القيود والتحديدات التي سوف تفرض عليه، ســيكون فــي حاجة إلى بعض التحرر حتى يسلك ويتصرف بطريقته الخاصة، مع محاولــة بذل الجهود من قبل القائمين على تربيته غالباً في أن يوجهوا ويضبطوا ما قــد تثيــره هــذه البيئة من ردود أفعال قوية، وهناك عنصر واحد ثابت يتعين على المعلــم الــذي يقــوم بدوره في هذا الصدد أن يضعه في اعتباره وهو الحاجة إلى

مقـــدار ضـــخم من الانتباه الفردي لكي ينمي في الطفل الاجتراري الوعي بالذات، وأن ينمي فيه القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين. (١٨)

ويشـــير العديـــد مـــن الباحثين (من هؤلاء على سبيل المثال: كلارك Clark ١٩٦٥، فيـــرنو Furneaux ، ١٩٦٩) إلى أن بعض المعلمين يؤكدون على أهمية الملاحظـــة الدقيقة للطفل والتي تتسم بالاهتمام البالغ بالتفاصيل لمحاولة الكشف عما إذا كـــان الطفل يستطيع أن يفعل، ما يفضله من خلال القنوات الحسية، وما هو نوع الفهـــم المتعلق بالكلام، حتى مع عدم وجود لغة متكلمة، وكلاً من التأكيد على قيمة الأخـــذ بـــبعض الأنشـــطة المفضلة ومحاولة التوسع فيه وتنميته، سيكون من خلال تقديم مواد جديدة.

وهكـــذا يمكـــن تحـــويل لعـــب الطفل الاجتراري برباط الحذاء والذي يتميز بالوسواســـية إلى استثارة لمحاولة عمل انتظام يتكون من مجموعة من الخرز على امـــتداد قطعـــة من الخيط، والطفل الاجتراري الذي يقضي أكثر الوقت يدفع أمامه بطـــريقة وسواســـية بعـــض قوالب الطوب أو المكعبات على أرضية الحجرة ربما يستثار ببديل آخر وليكن بعض الصور أو الحروف إضافة إلى المكعبات وهكذا.

الحقيقة القائلة أن المثيرات السمعية والبصري، قد تكون أحياناً غير متقبلة من جانـــب الأطفال، ترى أن التجريب يكون باستخدام خبرات تعتمد على حاسة اللمس (لمســـية) Tactile أو ذات علاقـــة بحاسة الشم (شمية) Olfactory . وغالباً ما تكـــون المواد الخام التي تزود الطفل بخبرات يدوية بسيطة أفضل من تلك الخبرات التي تعتمد على التمييز الإدراكي.

ومـــن ناحـــية أخـــرى يقرر كل من "إيلجار" و"وينج" Elgar and Wing (1969) إمكانية استخدام المواد الخام التي استخدمتها منتسوري شريطة أن يكون اســـتخدام المعلم لها فقط مع طفل مرحلة الروضة. ومن خلال العمل سوف نعرف أنـــه يوجد قدراً كبيراً من التنوع في المواد الخام القابلة للاستخدام، وكذلك الأنشطة التي يمكن أن تجذب اهتمام الطفل والتي منها على سبيل المثال لعبة كرة القدم التي

مـــن شأنها أن تحظى من خلالها بمشاركة الطفل. وقد قام كل من "إيليجار" و"وينج" بوصــــف برنامج يتضمن أنشطة متباينة- منها على سبيل المثال- السباحة، الطهي، شـــغل الإبرة في صورته المبسطة، والموسيقى، والرقص والتي تصبح ممكنة أكثر كلما تحسن أداء الأطفال بشكل أكبر وهكذا. وفيما يتعلق بالأهمية الخاصة للغة، فإن كثيراً من الأطفال الاجتراريين لا يتعلمون الكلام أبداً، وبعضهم يكون بمقدوره تعلم الكلام في سن متأخرة جداً من سنوات مرحلة الطفولة.

وعلـــى هـــذا فإنـــه بالنســـبة لجميع الأطفال، يكون الهدف الأول- فيما يتعلق باضـــطرابات التواصـــل- وهـــو فهـــم اللغـــة المـــنطوقة، وغالباً ما يفهم الأطفال الاجتـــراريين اللغة والمواقف بشكل أفضل من اللغة المفهومة ضمناً ولهذا يمكن أن يـــزودنا تقديـــر الفهم اللفظي بنقطة بداية أخرى (في تعليم وتربية هؤلاء الأطفال)، مثل القصص، واتباع التعليمات، وكثير من الأنشطة العديدة الأخرى.

والســـؤال الذي يطرح نفسه يمكن أن يصاغ على النحو التالي: ما مدى التقدم الذي يمكن أن يحرزه الأطفال الاجتراريين؟

لقـــد تصـــدى روتـــر Rutter (1967) للإجابـــة عـــن هـــذا السؤال، بأن تتـــبع (٦٤) أربعـــاً وســـتين طفلاً من الذين أتيح له مقابلتهم في مستشفى مودزلي Modsley Hospital فـــي الفتـــرة ما بين عامي ١٩٥٠ ، ١٩٥٨، ووجد أن عـــدداً قليلاً منهم فقط هو الذي تمكن من تحقيق توافق اجتماعي جيد مع بلوغهم سن المـــراهقة (اثـــنان مـــنهم التحقا بوظيفة وخمسة آخرين عملوا في بعض أنواع من الأعمـــال التـــي تدر بعض المكاسب وحوالي نصف هذا العدد (٣٢) اثنان وثلاثون ظـــل يعانـــي مـــن الإعاقـــة الشديدة، وظل عاجزاً عن الحياة الاستقلالية أو معتمداً علـــى نفســـه تماماً (وثلث هذا العدد استمر يتردد على المستشفيات في فترات إقامة طويلة). [١٩]

وعلـــى أيـــة حال، لقد استطاع (٢٩) تسع وعشرون فقط من أفراد هذه العينة فـــي تلقي نوعٍ من التمدرس Schooling لمدة عامين على الأكثر، وكانت أعمار

معظمهـــم تقــل عــن سن (١٠) عشر سنوات، و(٩) تسع منهم أقل من سن خمس ســنوات. وأنـــه لمـــن الواضح الآن تماماً أنه من المهم متابعة التقدم الذي يحرزه الأطفـــال الذين كان باستطاعتهم قضاء بضع سنوات في التعليم والتربية كما أنه من الأهمية بمكان تقييم الأشكال المختلفة لهذا التقدم، والأساليب التي استخدمت في هذا الصـــدد. وتشير النتائج التي خلص إليها "روتر" إلى أنه في حين يوجد تأثير لعوامل كثيـــرة علـــى تقدم أفراد هذه الفئة في المستقبل من حيث نسب الذكاء، والاستجابة للأصـــوات واكتساب كلام له معنى يستفيد الطفل الاجتراري من استخدامه، قبل أن يصـــل عمره إلى سن الخامسة، ووجود صور وأشكال أخرى من العجز الإضافي إلا أن مقدار ونمط التمدرس له تأثيره الذي يمكن مشاهدته.

مراجع الفصل الرابع

1- Baltasce- CA & D Angiola P (1996): Referencin Skills in Children wiuth Autism and Specific Language impairment., Eur-Journal Disorders- Communication v31 (3).

2- Ackerman, Lowell (1997): Autism Review, This Paper Came form the Net, http:www. Autism. Zane, Com/ Autism/ReviewL htm.

٣- مـــواهب إبراهيم عياد (١٩٦): النشاط التعبيري لطفل ما قبل المدرسة، منشأة المعارف، الإسكندرية، ط١.

٤- نوال عطية (١٩٩٥): علم النفس اللغوي، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ط٣.

5- Aarans, Maureen & Gittens, Tessa (1992): The Handbook of Autism: A Guide for Professionals, British Library, London.

٦- هدى محمود الناشف (١٩٩٩): إعداد الطفل العربي للقراءة والكتابة، دار الفكر العربي، القاهرة، ط١.

7- American Academy of Pediatrics (1998): Auditegration Training and Facilitated Communication for Autism, Pediatrics, (102, 2pf1).

8- Barmann, Christiane (1995): The Development of Emotional Concepts in Autism, J. of Child Psychology and Psychiatry v (36), 7.

٩- وفـــاء عبد الجواد، عزت خليل (١٩٩٩): فاعلية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً، مجلة علم النفس، ع٤، سنة ١٣.

10- Autism A Society of American, (1999): Information Came from the Net, hhtp:// www. Autism Society. Org/.



١١- محمد محروس الشناوي (١٩٩٧): التخلف العقلي، دار غريب للطباعة والنشر القاهرة، ط١.

١٢- كلارك موستاكس "ترجمة" عبد الرحمن السيد سليمان (١٩٩٩): علاج الأطفال باللعب، دار النهضة المصرية، القاهرة.

١٣- لويس كامل مليكة (١٩٩٨): الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية، مكتبة النهضة العربية، القاهرة، ط١.

١٤- محمد علي كامل (١٩٩٧): من هم الأوتيزم: وكيف نعدهم للنضج، دار النهضة المصرية مترجم عن Patricia Holuin (1997), Autism Preparing for Adulthood, Roulledge, New York, U.S.A. الطبعة الأولى.

15- American Psychiatric Association (1994): Diagnoistic and Stat-istical Manual of Mental Disorder, ed. DSM-IV Washington, D.C.A.P.A.

16- Ann. C. (1993): Play Therapy with Aubsed Children, Jessia Kingsola, London.

17- Aubyn, Stahmer C (1995): Teaching Symbolic Skills to Children with Autism Using Pivotal Response Training, Journal of Developmental and Disordersm v25, n2.

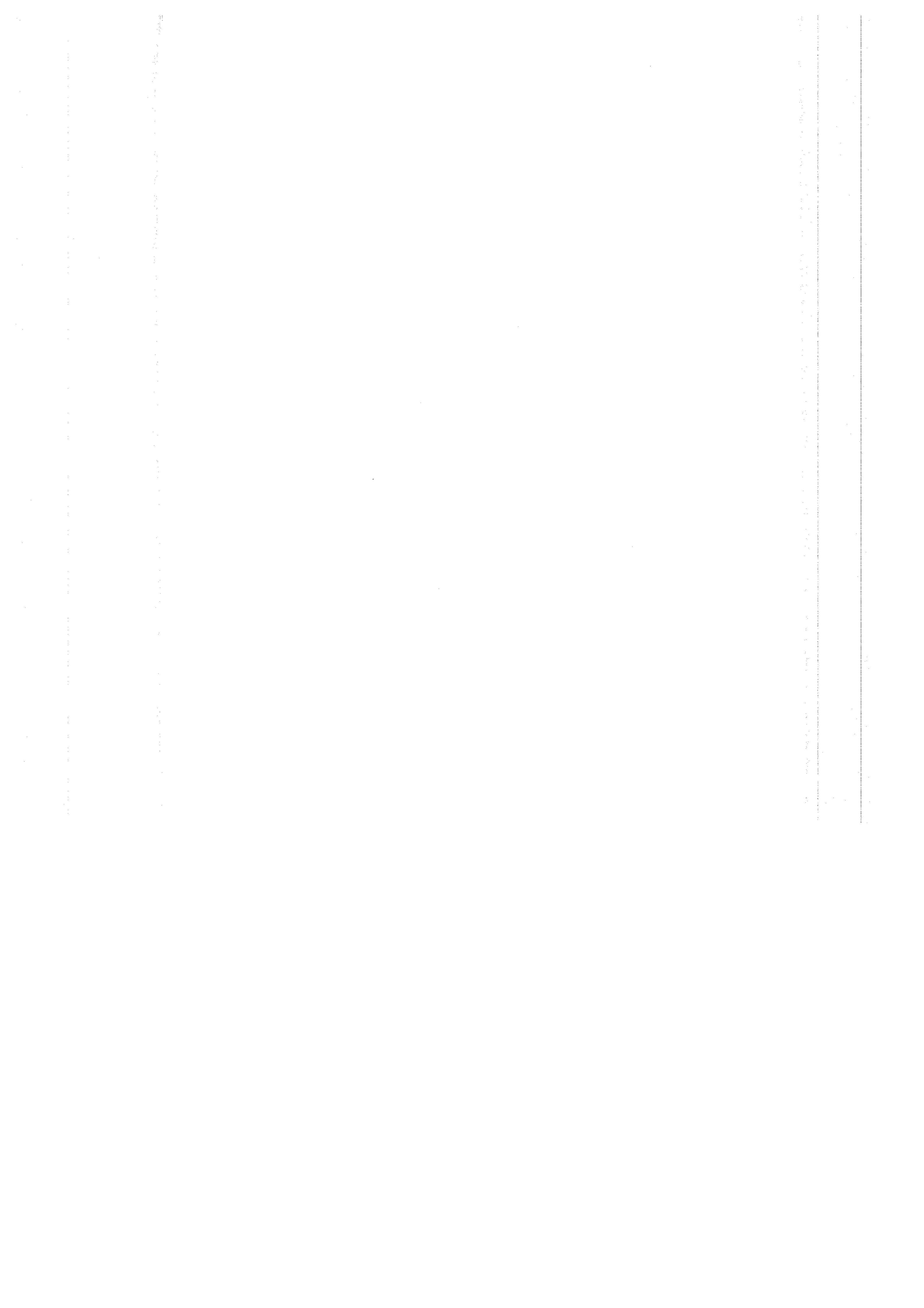
18- Autism (1999): Confrense Came from the Net on November 1999, U.K. Ohttp;//wwwautism99. org/.

19- Autism Society of American (1999): Autism an Introduction, Come from the Net, hhtp:// www. Autism Society. Org/.

الفصل الخامس

الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي

(الإساءة للأطفال)



الفصل الخامس
الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي
(الإساءة للأطفال)

مقدمة:

تعــد الإســاءة للأطفال واحدة من اخطر الظواهر التي تجتاح أي مجتمع من المجتمعات.

وعلــي الــرغم من أن المجتمع المصري تقل فيه الإحصائيات التي تبين عدد الأطفـــال المساء إليهم إلا إننا نجد بعض الظواهر المرتبطة بهذا المفهوم من أهمها (عمالـــة الأطفـــال في مصر) بتسريبهم من التعليم وما يتعرضون له من إساءة أثـناء العمل، ومنها أيضا (توجيه الأطفال دون العاشرة للعمل في المنازل والحقول وخلافه).

وتــنعكس آثـــار الإســـاءة في خطورة بالغة علي الأطفال فيتحول الطفل آلي موضـــوع لعدوانـــية الكبار جسميا و انفعالياً مما يجعلنا نقول أن القانون يحتاج آلي حسم لهذا الموقف وهذا ما يوضحه المشرع في مشروعات قوانين الطفولة الآن والذي ينبثق من إعلان الرئيس حسني مبارك أن العشر سنوات بدءا من (١٩٨٩-١٩٩٩) عقــدا لحمايـــة الطفل المصري انطلاقا من رعاية الطفولة وتلبية احتياجاتها وعدم الإســـاءة إلـــيها، إلا أنه يبدو أن هناك بعض الممارسات التي تشير آلي وجود فجوة بين القوانين وما ينفذ منها.

ومن هنا نقول أن الأسرة من أهم وأخطر المؤسسات التربوية التي تلعب دورا كبيرا ومؤثرا في عملية التنشئة الاجتماعية، وذلك لأن تأثير الأسرة يكون أشد عمقا و أصـــعب زوالاً، ولذلك يقول (حمدي محمد،١٩٩٢) أن الوالدان يلعبان دورا هاما في عملية التنشئة الاجتماعية من حيث انهما يعدان الطفل للحياة في المجتمع الكبير ويقـــدمان لــــه مــــن خبرتهما و سلوكهما النماذج السلوكية التي عليه أن يقتدي بها.



وتؤثــر الأســرة فــي تشكيل السلوك الاجتماعي للطفل وذلك عن طريق ما يسمي بعملــية التطبيع الاجتماعي، فالأسرة التي تتبع طريقة سوية في تنشئة أبنائها تخرج أبــناء أصـــحاء قادرين علي التفاعل مع الآخرين والتوافق معهم بطريقة خالية من الانحرافات النفسية.

ويذكــر (محمــد محمد نعيمه،١٩٩٣) أن الحب هو من أهم المؤثرات في نمو الطفــل اجتماعــيا، وبالتالي فإن الإهمال أو كثرة العذاب أو الخلافات الأسرية تؤثر في ثقة الطفل بنفسه وبالتالي تعوق نموه الاجتماعي.

وتــؤكد (شيرين صبحي،١٩٩٧) أن النضج الاجتماعي ينتج أساسا في المنزل أولا، ويخطــئ الآباء الذين ينشئون أبنائهم في معزل عن الآخرين اعتقادا منهم أنهم سوف يصبحون اجتماعيين عندما يكبرون، فنجدهم يكبرون من جميع النواحي ولا ينضـــجون اجتماعــيا، ومن هنا يتفق العلماء علي أهمية الاتجاهات الوالدية وعلاقة الوالدين بتكوين شخصية الطفل وسلوكه.(١)

وأن أســاليب المعاملـــة الـــوالدية، كما لها من أهمية كبري في بناء شخصية وســلوك اجتماعـــي سليم للأبناء، لها أيضا شق سيئ وهو بناء شخصية مضطربة ومنحــرفة نفســيا، وينــتج ذلك من أسلوب المعاملة الوالدية السيئة التي يعامل بها بعــض الأبــناء مـــن قبل آباء قاسيين وسيئين، فضعف العلاقة بين الطفل ووالديه تعرضـــه لصـــراعات نفسية لا تحل وخبرات نفسية مؤلمة، تشعره بالإحباط والظلم والحرمان والعجز والقلق، مما يساعد علي تنمية الاستعدادات النفسية غير الصحية التي تجعله مهيأ للاضطرابات النفسية بسهوله.

وقــد أشـــارت نتائج بعض الدراسات التي اهتمت بسوء علاقة الطفل بوالديه بالآتـــي: أن حوالـــي مـــن ٨٠% الـــي٩٠% مـــن الأحداث الجانحين والأطفال العدوانيـــين والانطوائيين كانوا في طفولتهم ضحايا سوء معاملة من الوالدين، فقد تعرضـــوا للإهمال وعدم التقبل وعاشوا في طفولة غير سعيدة فبالتالي أظهروا سوء التوافق في علاقتهم بمن حولهم.

وأيضا أسفرت نتائج دراسة (سمندس، ١٩٣٩) أن هناك علاقة موجبة بين الإهمال وعدم التقبل الوالدي وعدوانية وسوء التوافق النفسي والاجتماعي لدي الأبناء، كما أسفرت نتائج (بيكر وآخرون، ١٩٥٩) أن هناك علاقة دالة بين اتجاه الآباء المتسم بالتشدد والقسوة وخجل وانطوائية أبنائهم.

وتذكر (هناء جبريل، ١٩٩٢) أن هناك دلائل تجريبية تؤكد أن العلاقات الوجدانية وأنماط التأديب التي يتبعها الوالدان ترتبط بسمات شخصية الأبناء في علاقاتهم وتفاعلهم مع الآخرين، ويختلف أسلوب تنشئة الطفل تبعا لخصاله وطباعه الشخصية المتمثلة في درجة طاعته- تفهمه- عناده- انبساطه- قلقه، كل هذه الأمور تدفع الوالدين لاستخدام أو عدم استخدام أسلوب ما في التعامل معه. فقد أشارت الدراسات إلي أن المزاج الصعب من الطفل يمكن أن يعوق الأداء الوالدي.

إذن فالطفل الذي يحاط بالوالدين أو من يقوم مقامهما، حيث يقومون بتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية له، مع الأخذ بوسائل الضبط المناسبة وتتدرج وتتسع مطالب واحتياجات الطفل، والتي يجب أن تقابل من الآباء بفهم وإدراك شديدين لتلك المطالب، ولكن في غياب الوعي والإدراك والتي يجب أن تقابل من الآباء بفهم وإدراك شديدين لتلك المطالب، ولكن في غياب الوعي والإدراك والتي يجب أن تقابل من الآباء بفهم وإدراك شديدين لتلك المطالب، ولكن في غياب الوعي والإدراك بأهمية مرحلة الطفولة يتجاهل ويتناسى الآباء حقوق واحتياجات الطفل، وفي ظل متغيرات عديدة، منها ضغوط الحياة والعمل والسعي وراء تدبير احتياجات المنزل ودرجة التوافق الزوجي والشعور بالحب والتواد والتراحم، ومدي توافرهما أو افتقادهما عندهم. (٣)

ومن هنا تنتج الإساءة، وبما أن لكل طفل الحق في أفضل مستوي معيشة ممكنة، فالطفل الذي ينشأ تنشئة دون المستوى يعتبر إذ أسيء معاملته. ومن هنا يتضح أن الطفل يمكن أن يكون ضحية لسوء المعاملة من قبل ظروفه المحيطة به فيما تسمي بالمستويات المعيشية، فالطفل إذن الذي يحرم من مستوي التنشئة

السليمة التي يتمتع بها غيره يكون قد أسيء معاملته. ويذكر (ستراوس) أن ظاهرة الإساءة تحدث في كل الطوائف الاجتماعية والاقتصادية ولكل الفئات بنين أو بنات وتحدث الإساءة بمعدلات عالية في جميع المجتمعات المتحضرة منهم، وذلك لما تحتاجه هذه الفئة من رعاية وعناية.

فالعناية بطفل لديه إعاقة في النمو تكون صعبة للغاية (وبالأخص حينما تكون هذه الإعاقة عقلية، أي أن هناك صعوبة في التواصل مع هذا الطفل) وتمثل العناية بهذه النوعية من الأطفال ضغوطا عاطفية وجسمانية ومالية علي آباءهم، مما يزيد من قابلية هؤلاء الأطفال للتعرض للإساءة.

وقد التصقت الإساءة بالتخلف العقلي حتى أننا نجد أن بعض المتخلفين عقليا حين يمرون بأحد الشوارع أو يتواجدون في أي مكان يقوم الأشخاص المحيطين بهم بالإساءة إليهم سواء بالضحك عليهم أو بضربهم أو بسبهم أو يقوموا باستغلالهم في أعمال لإضحاكهم وهكذا وهؤلاء المحيطين قد يكونوا غرباء أو أقارب لهؤلاء الأطفال.

وقد يبدو هذا السلوك لدي بعض الناس سلوكا عاديا، وهنا تعكس المشكلة حين يتجاهل المجتمع أن المعاق شخص له احترامه وآدميته والتي يجب أن يحترمها المجتمع ويحاول مساعدته والوقوف بجانبه.

ماذا نقصد بالإساءة للأطفال؟

يري (Marjorie) أن الإساءة بصفة عامة علي أنها تصرف يحدث في محيط الطفل الصغير والكبير والذي يعوق في أن يصبح إنسانا، ويتضمن هذا المفهوم صور لإساءة الطفل مثل الإهمال، التعدي الجسدي أو النفسي أو الاعتداء الجنسي أو التحرش والاستغلال.

وتنقسم الإساءة إلي ثلاثة أنواع أساسية، وهي كالآتي: إساءة انفعالية– إساءة جسدية– إساءة جنسية، هذا إلي جانب الإهمال. (٣)

ومــن هــنا سوف نستعرض بعض الآراء المختلفة في تفسير مفهوم الإساءة وأشكالها المختلفة وعلاقة الإساءة بالطفل المعاق وتأثيراتها علي صحته النفسية.

الإساءة الانفعالية Emotional Abuse :

لا يــزال مــن الصــعب جدا أن نعرف الإساءة الانفعالية بالمقارنة بالإساءة الجســدية أو الجنسية، وذلك لأن هذا النوع من الإساءة (الانفعالية) غامض حيث لا تــوجد علامات ظاهرة واضحة تظهر للمحيطين بالطفل، ولكن من الواضح أن هذا الــنوع من الإساءة له أضرار مخيفة يمكن أن تؤثر علي احتواء الطفل لذاته وعلي حياة الطفل الانفعالية.

وهــؤلاء الأطفــال الذين لاقوا إساءة من قبل المحيطين بهم أي القائمين علي رعايــتهم أو الإشــراف عليهم، يجدون صعوبة في شرح ما حدث لهم لنظرائهم أو لأشــخاص آخرين، لأنهم يجدوا أنواع بشعة من الإساءة تنزل بهم مثل البصق في وجوههم أو الجذب من شعورهم أو طرحهم أرضا..

وهــذا القــول يحــدث بالنسبة للطفل العادي، أما المتخلف عقليا، فلا يجد أي عــناية أو رعاية وكل ما يجده هذا الطفل إجابات مقتضبة مثل أن هذا السلوك حسن بالنسبة لك لأنك لا تفهم شيء.. الخ.

ولقــد عــرفت اللجــنة الدولية لوقاية الطفل من الإساءة في الولايات المتحدة الأمــريكية فــي عام ١٩٨٣ أن الإساءة الانفعالية ما هي إلا: متطلبات أبويه زائدة عدوانــية غير معقولة والتي تفرض توقعات اكبر من قدراته أو قدراتها، وقد تظهر الإســاءة العاطفية عن طريق تعذيب ثابت دائم أو استخفاف أو هجمات علي الطفل، وقــد تتضــمن أيضا الفشل في توفير الرعاية السليمة في نمو وتطور الطفل وذلك يكون ناتجا عن عدم وجود حب ورعاية وعناية وإرشاد كاف لهؤلاء الآباء.

يعتبــر النــبذ والرفض العاطفي للأطفال والذي يأخذ شكلا من عدم الاهتمام باحتــياجاتهم الجســمية والانفعالــية، وقد تظهر في كراهية الطفل أو التنكر له أو

إهمالــه أو الإســراف في تهديده أو السخرية منه أو عدم القدرة علي إمداده بالحب والرعاية الثابتة، وفي محاولة لتحديد مفهوم شامل لسوء المعاملة الانفعالية.

وقد استخدم (Brssard. Hart) مجموعة من صور الإيذاء النفسي المختلف والذي يظهر في خمسة أشكال هي:

- الازدراء Spurning :

إنــه نــوع من التصرف يجمع بين الرفض والذل، فمثلا يرفض أحد الوالدان مســاعدة الطفــل ويرفض الطفل نفسه وأيضا قد ينادي الوالدان الطفل بأسماء تحط من قدره ووصفه بأنه وضيع، بصورة عامة لإذلال الطفل.

- الإرهاب Terroorig :

ويتمثل في التهديد بالإيذاء الجسدي للطفل أو التخلي عنه إذا لم يسلك سلوكا معينا، أو بتعريض الطفل للعنف أو التهديد من قبل أشخاص يحبهم أو تركه بمفرده في حجرة مظلمة.

- العزلــة Isolating :

وهــي عــزل الطفل عن من يحبهم أو أن يترك بمفرده لفترات طويلة وربما يمنع من التفاعلات مع الزملاء أو الكبار داخل وخارج العائلة.

- الاستغلال والفساد Exploiting & Corrupting :

تضــمن هذا النوع تشجيع الانحراف ولعب دورا هاما في انحراف الطفل مثل تعلــيمه ســلوكا إجراميا أو تركه مع خادم أو تشجيعه علي الهرب من المدرسة أو الاشتراك في أعمال جنسية.

- إهمال لردود الأفعال Denying Emotional Responsiveness:

وتتضمن إهمالا لمحاولات الطفل التفاعل مع الكبار مثل اللمس والكلام والقبلة، والوالدان هنا يشعران الطفل انه غير مرغوب فيه عاطفيا.

فيوجد بعض الآباء يرفضون الاعتراف بقيام مودة وصداقة عاطفية بينهم وبين أطفالهم، فكثيرا ما يعاقبون طفلهم حتى لمجرد إظهار الطفل بعض ملامح السلوك الطبيعي مثل المشي، الحديث، الابتسامة، المحاولة لاكتشاف أو حتى لإظهار احترام لذواتهم وتعزيزها أو لمحاولة تكوين علاقات أو صداقات خارج نطاق الأسرة.[٤]

وتتلخص الإساءة الانفعالية في نوعين من أساليب التنشئة غير السوية وهما كالآتي:

(أ) الرفض الوالدي:

تؤكد الدراسات أن الأمهات والآباء الذين ينبذون أطفالهم نبذاً صريحاً بالقول أو بالعمل يؤدي ذلك إلى فقدان الشعور بالأمن ويبث روح العدوان والرغبة في الانتقام والحقد والعناد لدى طفلهما، فظروف الرفض ونقص الرعاية والحب تؤدي إلى عدم الشعور بالأمن والوحدة والسلبية والخضوع وعدم القدرة على تبادل العواطف مع الغير والخجل وبالتالي سوء توافق اجتماعي.

ويؤكد (السيد الكيلاني) أن والدي الطفل المتخلف عقلياً يظهران المشاعر العدوانية، فقد يسلك الآباء سلوكاً يشعر من خلاله الطفل برغبة الأب في الابتعاد عنه فيترتب عني هذا السلوك أثر سيئ في التكوين النفسي للطفل وخصوصاً في مرحلة الطفولة المتأخرة وذلك لأنها بداية للتفاعلات الاجتماعية لديه، وتعرض الطفل المتخلف عقلياً للرفض أو النبذ يجعله أكثر عرضة للاضطرابات الانفعالية ويجعله عدوانياً مضاد للمجتمع نتيجة مشاعر الإحباط المستمر التي يتعرض لها بصفة دائمة من الوالدين.

(ب) القسوة:

تؤكد الدراسات من أسلوب المعاملة الذي يتسم بالقسوة والعنف والممارسات التي تتراوح ما بين العقاب البدني واللفظي يرتبط بمستويات عالية من العدوان لدى

الأطفـــال. ويستخدم آباء الأطفال المتخلفين عقلياً هذا الأسلوب دائماً اعتقاداً منهم أنه أمـــثل طـــريقة في التطبيع الاجتماعي ولغرس أنماط من السلوك السوي. وغالباً ما يتـــرتب علـــى هذا الأسلوب خوف شديد لدى الطفل المتخلف عقلياً وافتقار للمبادأة، هـــذا بجانـــب مـــا يتعـــرض إليه من خبرات الفشل، إذن فهذا كفيل بأن يعوق هذا الأسلوب نمو شخصيته وتوافقه الاجتماعي.

ومـــن أشـــهر أنواع الإساءة الانفعالية ما تتحدث عنه أمريكا وقد عرض أمام إحدى المحاكم بعض الحالات الشاذة مثل:

الحالة الأولى:

الطفلـــة التـــي تم إلباسها لافتة على ظهرها حينما تذهب إلى أي مكان مذكور فيها الجرم أو الخطأ الذي ارتكبته.

الحالة الثانية:

المـــراهق الـــذي اضـــطره والديه للوقوف أمام ساحة مرتدياً لحفاضة أطفال كوسيلة عقاب.

الحالة الثالثة:

الطفـــل الذي اعتبرته أسرته كبش فداء له لأنه متخلف عقلياً، ووصلت إساءة معاملته إلى أشكال مؤذية جسدياً.

وتلـــك الحالات تتضمن إذلالاً نفسياً خطيراً يؤثر على حياة هؤلاء الأطفال في المستقبل.

هـــناك قائمـــة مـــن الأســـئلة توضـــح لبعض المشتغلين مع الأطفال خاصة الأخصـــائي النفسي والاجتماعي أن هذه النوعية من الأطفال قد وقع عليهم الإساءة وهي كالآتي:

** هل الطفل محبوباً أم مكروها؟

** هل الطفل يوبخ باستمرار أو يعامل ككبش فداء؟

** هل الطفل يثبط من عزمه باستمرار؟

** هل هناك إفراط زائد في استهلاك المشروبات الكحولية أو المخدرات بالأسرة؟

** هل يبدو أن يظهر الطفل ضائعاً في محيط الأسرة؟

** هل يوجد زوج أم زوجة أب غيور يمتعض من الطفل؟

** هل الطفل مرفوض أو منبوذ؟

تلــك هي مجموعة الأسئلة التي إذا كانت الإجابة على أغلبها بنعم تكون دلالة قوية على أن الطفل من المحتمل أنه تعرض للإساءة. (٥)

بعض الملامح التي تميز هؤلاء الأطفال الذين تمت الإساءة لهم:

١- سلوك انتحاري.

٢- لا مبالاة- اكتئاب- انسحاب.

٣- فشل علمي.

٤- تأخر تطوري.

٥- نوبات غضب مضطربة- اضطراب في السلوك.

٦- نضج زائف أو كاذب.

٧- قسوة في التعامل.

٨- الشعور بعدم الكفاءة وعدم احترام للذات.

٩- دور معكوس كأن يتولى الطفل رعاية أبويه.

١٠- الخوف والحذر والتوجس من البيئة بطريقة مفرطة.

١١- علاقات ضعيفة مع الأطفال أو يكونوا تابعين.

١٢- نقص المودة الأسرية.

١٣- نقص عاطفي.

١٤- نقص في إمكانية الخلق والإبداع.

١٥- ارتباك جنس.

١٦- الإغفال عن المخاطر أو الخطأ.

الإساءة الجسدية:

أوضحت إحصائية اللجنة القومية لوقاية الطفل المساء معاملته ١٩٨٣ بأنه في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها تقريباً حوالي مليون طفلاً يساء إليهم بواسطة والديهم أو القائمين على حراستهم أو رعايتهم كل عام. ويعتبر الأطفال المعاقين من أكثر الفئات التي تندرج في هذا العدد. واعتبرت اللجنة القومية هذه التقديرات مشكلة صحية قومية عظمى يجب التصدي إليها، وبالرجوع إلى المصادر والوثائق أثبتت الدلائل بأن هناك أطفال يموتون نتيجة للإساءة الجسدية المباشرة والإهمال بمعدل ٢,٠٠٠ : ٥,٠٠٠ كل عام.

وقد اتفقت معظم الدراسات في أن الإساءة الجسدية ما هي إلا:

- أفعال يقوم بها الوالدان أو أحدهما تتسم بالعنف الموجه نحو الطفل مما يؤدي إلى إصابة بأذى جسدي، ومن المظاهر الشائعة لهذا النوع من الإساءة (الكدمات- التجمع الدموي- الحروق- الجروح- الخدوش)- في أماكن مختلفة من الجسم.
- أن يتوافر القصد والنية في فعل الإساءة.
- أن تكون متكررة.
- أن تكون رد الفعل لأي سلوك يصدر عن الطفل سلبياً أو إيجابياً.

كما تقول داليا عزت، (١٩٩٧) أن الإساءة ما هي إلا:

سلوك يقوم به الأب أو الأم أو كلاهما موجه نحو طفلهما يؤدي إلى إصابته بأذى جسدي تتراوح درجته بين متوسطة وخطيرة، ويصدر هذا السلوك عن قصد وبشكل متكرر ومنتظم أو غير منتظم، وهذا السلوك يعترف به الطفل أو أحد والديه. (٦)

ويقـــول Sharon. R., 1987 إن إســـاءة المعاملة الجسدية تنتشر بين أسر الأطفـــال المتخلفين عقلياً بصورة أكثر من أسر الأطفال العاديين، وهذه الأسر تعتقد أن العقـــاب البدنـــي هو أسلم طرق التربية، ولا يهتم الآباء بمدى الخطورة النفسية لهـــذا الـــنوع مـــن التـــربية المبنية على العقاب البدني والعنف مع هؤلاء الأطفال والعقاب الجسدي هنا يكون بإحدى الوسائل السريعة في ضبط سلوك الطفل.

الإساءة الجنسية:

تعتبر الإساءة الجنسية أشد الأنواع تأثيراً على الطفل وسبباً مباشراً في تدمير شخصـــيته وإصـــابته بالعديد من الأمراض النفسية والانحرافات المختلفة وتعد سبباً مباشراً لحالات الجناح لدى الأطفال والمراهقين فيما بعد.

وتعـــد الإســـاءة الجنســـية من أهم أنواع الإساءة وأخطرها؟ ولكنها في نفس الـــوقت تكون صعبة في تناولها بالنقاش لأن ليس لها آثار واضحة ولا يعترف بها في أنها تحدث بكثرة وسط مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً.

وإســـاءة معاملـــة الطفل جنسياً هي تعرضه للإيذاء بصورة مباشرة من خلال بعـــض الممارســـات الجنسية التي يقوم بها المسيئون ويمكن حدوثها داخل الأسرة بمعنـــى تعـــرض الطفل للإساءة من أحد أفراد أسرته أو ممكن تحدث للطفل خارج نطـــاق الأســـرة أي (المدرسة– الشارع) وغالباً ما يصاحب هذه الإساءة آثار نفسية تـــنعكس على مستوى التوافق النفسي، الاجتماعي لهؤلاء الأطفال الذين يتعرضون لمثل هذه المعاملة.

وبمعنـــى آخـــر هـــو اســـتخدام الأطفال في أنشطة جنسية لا يفهموها تماما، لا يســـتطيعون الموافقة عليها أو التعبير عنها، وتظهر هذه الإساءة في أشكال عديدة مـــن الاتصـــال الجنسي بدرجاته المتفاوتة فمثلاً قد تكون لمس وملاحظة الأعضاء التناســـلية للطفـــل والمهـــبل وفـــتحة الشرج أو ممارسة العملية الجنسية شفاهة أو محـــاولات الاغتصـــاب أو القـــيام بالعملية الجنسية غير كاملة أو استخدام الأطفال كوسيلة في صور الدعارة.

والأطفــال المتخلفــين عقلــياً فريسة سهلة لهذه الأشكال من الإساءة لأنهم لا يســتطيعون التعبيــر عما يحدث أو رفض ما يحدث، ولكن يظهر أنه قد تم الإساءة إلى بعضهم من خلال سلوكهم مع الأطفال أو المحيطين الآخرين.

تأثير الإساءة الجنسية على الطفل:

كشفت الدراسات عن:

- مـــدى تأثيــر الإســاءة الجنســية المبكرة للأطفال قبل سن ١٧ سنة على ظهور مشاعر اكتئابية شديدة في الرشد.
- أظهرت الدراسات أيضاً أن هؤلاء المتعرضون لإساءة جنسية ظهر عليهم أشكال مـــن السلوك المضطرب مثل: الخوف- الكوابيس- النكوص- الانسحاب- إيذاء الذات- أعمال غير مشروعة- الشكاوى الجسمية.
- أظهــرت أيضـــاً إحدى الدراسات أن هؤلاء الأطفال تظهر لديهم أعراض سوء الـــتوافق المدرســـي المتمثل أعراضه في (الدوخة والقلق- عدم التركيز- تأخر التحصـــيل الدراسي-عدم إقامة علاقات من الأنداد- رغبة في الجلوس بمفرده أو مع زملاء منحرفين).
- أظهــرت إحـــدى الدراسات أن هؤلاء الأطفال الذين تعرضوا لعدوان جنسي أي الـــذين جـــربوا نـــوع من الإثارة التي لا يكونوا مستعدين لها فيزيقياً أو عاطفياً تحـــدث لهم صدمة واشمئزاز من أنفسهم، وقد يشعرون أنهم هم السبب في هذه الإساءة لأنهم مثلاً يتسمون بالقذارة.. الخ.
- ومـــن أهـــم التأثيرات الخطيرة أن هؤلاء الأطفال يشعرون بالهجر والعزلة عن الآخـــرين وذلـــك لأنهـــم يعتبـــرون أن الحافز الأساسي لأي صداقة هو الحافز الجنسي بدلاً من حافز الانتماء والصداقة.
- يشعر الطفل المساء جنسياً بأنه مضلل- مخدوع- خائف- معرض دائم للهجوم- خجول- لا يشعر بهويته بعيداً عن كونهم ضحية.

- أظهـرت الدراسات أيضاً أن هؤلاء الأطفال الذين وقعت الإساءة الجنسية عليهم يـتخذوا اسـتراتيجية جنسية كصداقة الأنداد أو محاولة التعرف على الآخرين فبالتالي ينفر منهم الآخرين ويرفضونهم.

أشـارت اللجـنة القومـية لحماية الطفل المساء إليه ١٩٨٣ أن في الولايات المـتحدة قـد تصل الإحصاءات ربما من معدل ٤٥,٠٠٠ حادثة سنوياً إلى مليون حادثـة سـنوياً. معـتمدا على مصادر موثقة منهم في المعلومات وأشارت اللجنة القومـية أن من كل ١ ٥ طفلاً تحدث له إساءة جنسية وأن الإساءة الجنسية تحدث بكثرة ما بين سن ٨ : ١٢ سنة.(٧)

أعراض الإساءة الجنسية:

١- الإيذاء الجنسي للمنطقة التناسلية

٢- انتقال بعض الأمراض الجنسية.

٣- صعوبة في التبول.

٤- الحمل المبكر.

٥- سلوك عدواني تجاه البالغين خاصة والديهم..

٦- خجل جنس ذاتي.

٧- عدم القدرة على تأثيث علاقات ملائمة مع الأنداد.

٨- الهروب- السرقة- استخدام المشروبات الكحولية، المخدرات

٩- سلوك ارتدادي متأخر.

١٠- اسـتخدام المدرسـة للخلـوة عن طريق الذهاب إليها مبكراً وعدم الرغبة في العودة للمنزل.

١١- الشكوى من حدوث كوابيس

١٢- التلميحات الغير مباشرة بأنهم يخافون من العودة إلى المنزل أو الخوف من شخص ما يواجه خاصة في الشارع.

وفي النهاية نقول أن هذا النوع من الإساءة لم تظهر أي إحصاءات عنه في مجتمعنا المصري، وذلك لأن هذه الظاهرة حينما تتم في الخفاء ويحدث أن يبلغ عنها وذلك لأنها تتنافى مع قيمنا الأخلاقية والدينية أيضاً خوفاً من الخذي والعار وسط المحيطين. (٨)

الإهمال:

يشير (John T.) أن الإهمال هو شكل معلوم من أشكال الإساءة تتعرف عليه من خلال معاناة الطفل من والديه. ويكون الإهمال حينما لا يعرف الآباء كيفية رعاية أبنائهم وأيضاً الإهمال حينما يكون الآباء واقعين تحت ضغوط كثيرة فبالتالي لا يستطيعون مواجهة احتياجات أطفالهم.

وتعرف American Human Association الإهمال على أنه الفشل في إمداد الطفل باحتياجاته الأساسية مثل المأكل المتوازن والملبس والمأوى والتعليم والعناية الطبية وأيضاً احتياجاته العاطفية مثل الأمن والحب.. الخ. ويعد الإهمال من أهم الأشياء خطورة في التأثر على الطفل من الناحية الجسمية والصحية والنفسية، فقد أشارت الدراسات أن ٦٣% من حالات الإساءة المبلغ عنها في الولايات المتحدة الأمريكية. هي حالات حرمان من الاحتياجات الأساسية مثل الغذاء الصحي.

مظاهر الإهمال:

١- الإهمال الجسدي:

وتظهر على الأطفال مشاكل سوء التغذية مثل النحافة الشديدة أو السمة الزائدة أو نقص أحد العناصر الغذائية التي تسبب مشاكل أو أمراضاً مزمنة.

٢- إهمال العناية الطبية:

ويظهر هنا في عدم إمداد الطفل العناية الطبية الروتينية (الكشف الدوري على الطفل)، والعناية بأسنانه أو عدم الاهتمام بمرضه أو إصابته ويرتبط هذا النوع من الإهمال بنوع آخر من أشكال الإيذاء الجسدي، وقد لاحظ (Martin, H. P, 1981) أن الأطفال الذين يصابون جسدياً بسبب القائمين بالعناية عليهم غالباً ما لا يتلقون العلاج المناسب فمثلاً التهاب الأذن عند الأطفال من الأمراض التي يهمل الآباء علاجها وبالتالي صمم لهذا الطفل، وقد لاحظ (New Berger, 1976) أن الأطفال ضحايا الإيذاء الجسدي غالباً ما يكونوا أقل وزناً وصحة.

٣- نقص الإشراف:

إن الإشراف غير الصحيح على الطفل قد ينتج عنه إصابة أو تزايد خطر إصابة الطفل، فإن معظم حوادث الطفولة يمكن منعها بالإشراف الجيد، ولكن إهمال الوالدين في الإشراف على أطفالهم مثلاً (ترك مواد تنظيف أمامهم- السكاكين) أو ترك الأطفال جالسين في وضع غير مناسب (بجانب نافذة أو سلم) أو يترك الأشقاء لمتابعة بعضهم البعض بالرغم من عدم مناسبة سنهم، هذا كله يعتبر تقصير من الوالدين.

فمثلاً أن سقوط الطفل من على شيء مرتفع قد يحدث للطفل كسر في الجمجمة أو كدمات أو تجمعات دموية على أنسجة المخ قد تسبب له في النهاية تخلف عقلي، أي يتحول الطفل من طفل عادي إلى طفل متخلفاً عقلياً لنقص في الإشراف الوالدي.

٤- إهمال التعليم:

ويظهر في عدم الوفاء باحتياجات الطفل التعليمية عن طريق عدم إدخال الطفل المدرسة أو إهمال تعليم الطفل المعاق أو رفض الآباء الاستفادة بمزايا برامج تعديل السلوك أو البرامج التربوية المقدمة له.



٥- الإهمال العاطفي:

أن الإهمـــال العاطفـــي واسع المدى ولكنه عموماً يعبر عن الفشل في الوفاء باحتياجات الطفل في الشعور بأهميته أو احتياجاته العاطفية وشعوره بالحب والأمن والاستقرار، وقد يعني الفشل في التدخل لعلاج سلوك سيئ.

تقــول (هــدى محمــد قــناوي) أن الإهمال المتكرر قد يفقد الطفل الإحساس بمكانــته عند أسرته ويفقد الإحساس بحبهم له وانتماءه إليهم، وغالباً ما يترتب عليه شخصـــية قلقة تتخبط في سلوكها بلا قواعد وتكون غير محترمة لحقوق الآخرين، وتفقد القدرة على التفاعلات الاجتماعية التي افتقدتها في الأسرة.

يـــرى (محمد عبد المؤمن) أن الإهمال يسبب للطفل الشعور بالنبذ من والديه وعـــدم رغبـــتهما فيه فيؤدي إلى ظهور أنواع من السلوكيات المضطربة كأن يكون عدوانـــياً كارهـــاً وحاقداً على المجتمع وأي عنصر به سلطة، كما تزداد عنده حدة العـــناد والثورة والمقارنة، وقد يأخذ سلوك الطفل اتجاهاً آخر وهو التعبير عن عدم الرضـــا عن المجتمع بطريقة سلبية متمثلة في الانطواء وعدم الاكتراث واللامبالاة بمن حوله.

إذن الطفـــل المتخلف عقلياً مثله مثل الطفل العادي في تأثره بالإهمال وأشكاله ويتضـــح مـــن ذلك أن الإهمال يحرم الطفل المتخلف عقلياً من اكتساب الكثير من أســـاليب التفاعل مع الآخرين وأساليب السلوك السوية التي تجعله متوافق اجتماعياً كمـــا يعوق نموه العاطفي الذي يسهم في فشله في تكوين علاقات مع الآخرين فتقل بالتالي درجة توافقه الاجتماعي. (٩)

الإساءة والمتخلفين عقلياً

الاتجاهات الاجتماعية نحو المعاقين:

إن سـوء معاملة الطفل لا يعد ظاهرة جديدة والتي أصبحت جزءاً لعديد من المشـاكل وأمـراض القرن العشرين، ولكن هذه المشكلة قد جذبت الانتباه أكثر منذ عـام ١٩٨٠، وقـد تزايد الانتباه والاهتمام بها حتى وصل إلى قمته في التسعينات وأصبحت تحتل مركز الصدارة في الأبحاث الحديثة وذلك لأنها في ازدياد وانتشار في كل المجتمعات ولكل الفئات.

- سوء معاملة المعاقين في المجتمعات القديمة:

تـوجد روايـات تاريخـية وصـفية تذهب إلى ما قبل العصور السابقة قبل العصـور الوسطى والتي تصف عديد ومتنوع الطرق غير الإنسانية التي يعامل بها الأطفـال، فقـد فرضـت العـزلة على الأطفال المعاقين بعيداً عن المجتمع لكونهم متخلفين عن غيرهم من الأطفال ولا يجب عليهم الاختلاط بالأطفال العاديين وكانت الإسـاءة تـتم في بعض الثقافات للأطفال المعاقين من منطلق الحفاظ على الصالح العام وصحة ورفاهية المجتمع.

مبررات إساءة المعاملة للأطفال المعاقين في المجتمعات القديمة:

المبرر الأول:

ويطلـق عليه (مذهب المنفعة) والنابع من أن الأعمال تكون صالحة إذا كانت نافعـة وتحقـق التميز والنفع لأكبر عدد من الناس وهو يجب أن يكون عليه سلوك الجنس البشري.

وكـان يعـتمد كلياً على الاحتياجات العامة للمجموعة الاجتماعية، فإذا ما ولد الأطفـال فـي ظـروف إعاقة فهم بذلك قد يتطلبون رعاية أكبر من شخص ما في الجماعـة وبـذلك ينظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم يمثلون عائقاً على المجتمع، لـيس فقـط مـن كونهم غير قادرين على المساهمة في مجهودات الجماعة لتوفير



المــأوى أو القــيام بالصيد أو الجمع أو الزراعة حصولاً على الطعام ولكن لحاجة هــؤلاء المعاقــين إلــى أفراد يقومون برعايتهم فبذلك قد يحدث تحويل لقوة العمالة المتمــثلة في الأشخاص قوي البنية أن يهجروا أعمالهم لرعاية هؤلاء المعاقين بدلاً من قيامهم بالمهام التي تؤدي إلى بقائهم على وجه الحياة.

وقــد كانــت هــناك طرق عديدة للتخلص من الأطفال المعاقين سواء إعاقات (حســية- عقلــية- انفعالــية) وذلــك لتركهم وحيدين حتى يموتون في الغابات أو الصــحارى أو الجبال أو يدفع لهم للموت دفعاً وذلك باستخدام السلاح أو إلقائهم من أعلــى المخدرات الصخرية على الشواطئ أو الأنهار أو دفنهم أحياء أو تركهم في مناطق بها حيوانات متوحشة سوف تلتهمهم.

المبرر الثاني:

ويطلــق علــيه (مــذهب قيمة النظم المجتمعية) كان هذا المذهب واضحاً في الثقافات الرومانية والإغريقية.

فقــد قدر الإغريق والرومان وكافأ والجمال والقوة والذكاء، فقد أعلن أرسطو أن أي شــيء قد يكون به عيب أو نقص لابد أن نسمح له بأن ينمو ويكبر، وأصبح بــذلك قانــوناً في اليونان (قانون يؤدي إلى قتل العديد من الأطفال الغير كاملين أي يكونوا في حالة إعاقة)..

وقــد استن الرومان قانون مشابه فقد كانوا يقتلون أطفالهم أو يتخلفون عنهم أو يقومــون ببــيعهم في سوء العبيد، أم الأطفال الذين لديهم ظروف إعاقة متوسطة أو التــي تفشــي معاييــر ومقاييس ذلك الوقت الخاص بالجمال والقوة والذكاء هؤلاء الآخــرين كــان يــتم بيعهم أو التخلي عنهم فقد كان المتسولون المحترفون يقومون بأخــذ تلك النوعية من الأطفال فإن لم يكونوا معاقين مسبقاً قد يتم تشويههم أو بتر أجــزاء مــن جســدهم بتعمد حتى يتسنى إرسالهم للقيام بالتسول من أجل المال أو الطعام، وبتلك الطريقة قد يحققون نفعاً متمشياً مع قانون المنفعة. (١٠)

المبرر الثالث:

أمـــا عــن الســـبب الثالث لسوء معاملة المعاقين فيرجع إلى الاعتقاد بمبدأ أنه خـــارق للطبـــيعة أو مـــتفوق، فقد اعتقد بعض الناس أن الطفل الذي يولد بنقص أو عـــيب معين هي طريقة كان الآلهة أو الأرواح تقوم بمعاقبة الوالدين الآثمين للتكفير عـــن خطاياهم، فقد كان ذلك يتطلب من الآباء أن يتخلصوا من أطفالهم بأي طريقة وفـــي مجتمعات أخرى كان من المعتقد أن ذلك النوع من الأطفال قد تتملكه بعض الأرواح الشـــريرة ولابد من ضربه على أساس قاعدة إخراج الأرواح الشريرة من داخله.

- سوء معاملة المعاقين في المجتمعات الحالية:

والســـؤال المحير الذي يحاول العلماء الإجابة عنه وذلك بالبحث في السلوك الحيوانـــي، هو لماذا يعامل المعاقين معاملة سيئة من الآخرين؟ هل الحيوانات تسلك نفـــس المســـلك تجاه الحيوانات الأخرى المعاقة من نفس جنسهم مثل السلوك الذي يتـــبعه البشـــر. وللإجابـــة على هذا السؤال تم الرجوع إلى سلوك كثير من فصائل الحيوانات وكيف تسلك تجاه نفس فصائلها المعوقة وهذه بعض النماذج من السلوك:

١- فالذئاب لا تهاجم أو تتجنب مهاجمة الذئاب المعوقة جسدياً.

٢- أسماك القرش لا تهاجم أو حتى تقتل أو تأكل سمك قرش أخر معوق.

٣- الشمبانزي لا يهاجم شمبانزي آخر معوق من نفس جماعته.

ومـــن خلال العرض السابق لبعض سلوك الحيوانات تجاه الحيوانات المعوقة مـــن نفس فصائلهم فنرى أن أغلب الحيوانات لا تهاجم أي حيوان من نفس فصيلتها معوق.

أما عن الجنس البشري فنرى بعض أمثلة لبعض القبائل في أنحاء العالم:

١- قـــبائل (الوريـــنو الهندية) سوف تتخلى أو تهجر أو تقتل هؤلاء الأطفال الذين يكونون مرضى أو معاقين.

٢- قبائل (الكاجان الإفريقية) لديهم الاعتقاد بأن كل ذي علة من الناس قد يرضى الأرواح الشريرة أو تسكنه تلك الأرواح فلذلك لا يجرؤ أحد أن يقوم بإيذاء هؤلاء المعاقين منهم مهما كانت درجة إعاقتهم.

٣- قبائل (النافاجو) والتي لديها معتقدات أن هؤلاء المعاقّين ما هم سوى شيء من المسخ يجب أن تسخر منهم القبيلة ويطلقون عليهم أسماء تهكمية.

٤- قبائل (السماناجاز) قد أعلنت بوضوح أنه لابد من عزل أو قتل أي فرد من المعاقين مهما كانت حالة إعاقته.

٥- عشيرة (البالوح) وهي في الشرق الأقصى من الهند فاعتبروا أن الطفل المعوق محظوظ جداً ويجب الاعتناء به وتبجيله لنه مرسل من عند الإله ويعتبروه شيخاً لهم.

٦- قبائل (الديدي) في استراليا كانوا يقومون بقل الأطفال المشوهين والمعاقين.

ونستخلص مما سبق أن سوء معاملة الأطفال المعاقين تتبع أساساً من الأسرة وبالتالي تنقل إلى المجتمع. وفي مقابلة شخصية لآباء متعسفين قد برر الكثير منهم أنهم يعرفون كيف يعاملوا هؤلاء الأطفال تأييداً للحقيقة القائلة (أن التدليل قد يؤدي إلى فساد الطفل) والبعض الآخر من الآباء قد يسئ معاملة أطفالهم المعاقين وإخفائهم في مخازن الحبوب أو في الأدوار السفلى في المنازل بدون طعام ويتم ذلك في المجتمعات ذات المستوى الثقافي العالي أو المنخفض أو في المستويات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة أو العالية. (١١)

وهناك آخرين من الآباء الذين يتبعون إلى الآن المعتقدات الشعبية مع هؤلاء الأطفال والتي تتم من خلال إرسال هؤلاء الأطفال إلى المشايخ أو الدجالين أو المشعوذين ويقوموا بضربهم والتوصية بضربهم لإخراج الجن الموجود بإدخالهم أو لأن الضرب لهؤلاء يطيل عمرهم. وفي النهاية يظهر من هذا التتبع التاريخي لظاهرة الإساءة للمعاقين أنهم قد مروا بحقبات زمنية ذاقوا فيها مرارة الذل والهوان

مــن الكبار وإن كنا لا نجد من النصوص ما يكفي لدراسة مستفيضة لهذه الظاهرة التــي تحتاج لدراسات مختلفة لكل الفئات من المعاقين في بيئات مختلفة ومستويات مختلفة.. ومن هذا المنطق فدراستنا تضع مفهوماً جديداً لتدعيم الجانب الإنساني في العناية بالمعاقين عقلياً.

العوامل المسببة للإساءة:

العوامل خاصة بالطفل:

أن هــناك صــفات كثيرة تجعل من الطفل (صعب) في التعامل معه الصفات مرتبطة دائماً ومن هذه الصفات ما يلي:

١- الإعاقات الجسمية- السمعية- البصرية.

٢- التخلف العقلي.

٣- نقص القدرة على الإدراك.

٤- العجز العصبي.

٥- النشاط الزائد.

٦- أطفال غير ناضجين.

٧- حالات اضطراب النمو.

كمــا أكــدت العديــد من الدراسات أن الأطفال الذين يتعرضون إلى الإيذاء يعانــون من خلل جسدي، يجعلهم غير قادرين على التعامل مع غيرهم، أما العوامل الأخــرى التــي تدفــع الآبــاء لإيذائهم هي عامل عدم النضج العقلي، التصرفات السلوكية غير المناسبة. (١٢)

أثبــتت الدراســات الحديثة أن العديد من الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء كان أبــاؤهم يــرون أنهم متخلفون- بطيئو النمو والفهم- سيئون أنانيون، لديهم إمكانيات محدودة من السلوك الاستقلالي.



وأن العـــناية بطفــل لديـــه إعاقة في أي جانب صعب للغاية ويمثل ضغوطاً عاطفـــية وجسمية ومالية للوالدين مما يزيد من قابلية هؤلاء الأطفال للإيذاء، وردود أفعـــال الـــوالدين تخـــتلف باختلاف تقبلهم لظروف الإعاقة وكيفية التعامل مع هذه الفـــئات مـــن الأطفـــال، وعـــدم القـــدرة على التصرف الصحيح أو يكون الوالدان معرضـــين لضـــغوط أو لديهم احتياجات خاصة تمنعهم من التصرف الصحيح. فقد أثبـــتت الدراسات أن نصف الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء والإهمال يكون مستوى ذكـــائهم اقـــل من ٨٠ درجة. ويؤكد Martin أن يكون لديهم أيضاً عجز إدراكي ولغوي.

ورأى Rutler, 1994 أن التخلف العقلي من أهم العوامل التي تساعد على الإيـــذاء، ووجـــد أن وجود طفل متخلف عقلياً في الأسرة ما هو إلا ضغط عصبي غيـــر طبيعي على أسرتهم، وذلك لأن هؤلاء الأسر غير قادرة على فهم التعامل مع هؤلاء الأطفال وخصائص نموهم.

٢- عوامل خاصة بالآباء:

أثبـــتت الدراسات أن المسيئين غالباً ما يكون سلوكهم سلبي تجاه أبنائهم، كما أثبتت الدراسات أن هؤلاء الآباء لا يهتمون باحتياجات أطفالهم.

وأيضاً أثبتت الدراسات أن الأمهات اللاتي يسئن لأطفال يكون غالباً محبطات، ســـريعات الغضب، قلقات، غير ذوي فائدة، ناقصات احترام ذواتهم، Fishchoff, 1981 بالإضافة إلى ذلك فقد يعانين من إدمان الكحول، وقد لاحظ Hunter, 1978 وآخـــرون أن العديـــد من الأمهات المهملات أو المسيئات قد عانين من الإهمال في طفولتهن.

أما Newberger, 1981 وأخرون لاحظوا أن هؤلاء الأمهات سجلوا أقل درجـــات أقـــل فـــي معرفتهن بالشئون الأبوية، وقد يكون الفشل في الإشراف على الأطفال ناتج عن عدم دراية بمراحل نمو الطفل.

وقــد أكــدت الدراســات أن أكثــر أمهات الأطفال المختلفين رفضا لأطفالهم المعاقــين، فــوجد Kook, P163 أن الأمهــات اللاتــي لديهن أطفال مصابون بمتلازمة غير عاطفية ويعاقبن أطفالهم بشدة.

أثبتت الدراسات أن الآباء المسيئين يتمتعون بخصائص هي:

- خلل سيكولوجي.
- يؤس.
- عدم التوقع المناسب لسلوك أو تصرفات أطفالهم.
- خلل في التركيب العائلي.
- عدم تقنين العقوبات.
- عامل مساعد وهو مشاهدة الآباء لأفلام العنف والرعب.

أما قابلية الآباء لإيذاء أطفالهم تحدث في:

١- قدرة الوالدين على فهم وتقبل احتياجات الطفل.

٢- تــاريخ الأب أم الأم (الشخص) القائم على رعايته وهل تعرض لعنف أو إحباط أو إيذاء من عائلته الأصلية.

وقــد اســتخدمت دراســة تبــين أنــه يوجد مقياس لقياس مدى معرفة الآباء باحتــياجات وقدرات أطفالهم وقدراتهم على التفكير فيها، وأيضاً بمدى معرفة الآباء بمراحل نمو أطفالهم ومتطلبات كل مرحلة.

وقد تؤثر مجموعة من العوامل على مستوى معرفة الوالدين:

١- ســن الــوالدين: يعانــي الــوالدين المراهقين أو الأصغر سناً من صعوبة فهم احتياجات الأطفال الخاصة وأيضاً افتقارهم لكثير من الخبرات في التعامل.

٢- الآباء لديهم نقص في مهارات التصرف مع الأطفال تحت ضغوط عنيفة.

٣- الآباء لديهم نماذج سابقة في طفولتهم.

٤- هــؤلاء الآبــاء يشعرون بالندم لأنهم كانوا يعاملون بنفس الطريقة في الصغر، ومن ثم ينقلوه إلى أطفالهم في الكبر.

فأثبــتت الدراســات أن الآبــاء الذين يؤذون أطفالهم قد تعرضوا للإيذاء في الغالب وهم صغار، وعرفت هذه الظاهرة (تحويل الاعتداء)، أثبتت الدراسات أيضاً أن الآبــاء الــذين تعرضــوا للعنف لفترات طويلة في الحياة المنزلية سيستمرون فــي إيــذاء أطفــالهم باســتمرار، وقــد يعتبــروا أن طريقتهم هي الطريقة المثلى في التربية.

وأثبــتت الدراســات أيضاً أن الأمهات غير السعيدات في زواجهن أو يكرهم أزواجهــن ويعــيش تحــت ضغط ربما يؤذون أطفالهن، وأيضاً إذا كانت الأم غير راضــية عــن زوجها أو محبطة فإن أطفالها يتعرضون أشكال الإيذاء بنسبة أربع أضعاف عن الأمهات بدون هذه العوامل.

٣- عوامل عائلية:

أثبــتت دراسة قام بها Strous, Goworkers, 1980 أن صور الإيذاء والعــنف التــي تمارس بين الزوجين يكون ضحاياه الأطفال بمعنى أن من الأبوين الذين يمارسان العنف بعضهما البعض ينطبع أو ينتقل إلى أطفالهم بنسبة ١٠٠%.

أظهرت هذه الدراسة أيضاً أن الأطفال ضحايا العنف من أبويهم قد يمارسون العنف ضدهم في المستقبل وأيضاً يمارسون العنف تجاه المجتمع الخارجي.

وفــي إحدى الدراسات وصفت العائلات المسيئة بأنها عائلات منعزلة وغالباً مــا تكون ذات أم منفردة وهناك بيانات جديرة بالذكر تفترض أن الوالدين المسيئين منعــزلين اجتماعياً، علاقاتهم الشخصية والاجتماعية قليلة، فقد وجد يونج أن ٩٥% من الأسر المسيئة بشدة.و٨٣% من الأسر معتدلة الإساءة ليس لها علاقات مستمرة مــع أســر أخــرى وعلاقات الصداقة التي تنمو عادة ما ينتهي بعد عدة أسابيع أو شــهور نتيجة مشاجرة عنيفة، فضلاً عن أن ٨٥% من الأسر المسيئة ليسوا أعضاء

في نادي. وفي دراسة ظهر أن ٨٩% من الأمهات المسيئات واللاتي لديهن تليفونات ليست لديهن قوائم أرقام مسجلة، أن ٨١% من الأسر المسيئة تفضل حل مشاكلها الشخصية والأسرية بمفردها وفي ٤٣% من الأسر غير المسيئة. (١٣)

أن الأسر المسيئة غير مقبولة تماماً في مجتمعهم منعزلة، وأنهم يمنعون أطفالهم من إقامة علاقات وصداقات مع أفراد آخرين خارج الأسرة.

إذن فنمط العزلة الاجتماعية الذي يميز سلوك الوالدين يفرض على أطفالهم عدم القيام بأي نوع من الأنشطة.

ومن هنا نقول أن الأسرة المسيئة تعول نفسها تجنباً لكشفها أو خشية رفض واستهجان أسلوبها في معاملة أطفالها.

٤- الضغوط الاجتماعية:

وتتمثل الضغوط الاجتماعية في الأسر (الفقر، البطالة، العزلة الاجتماعية، عدم التكافؤ الاجتماعي، وجود طفل معاق) وغالباً ما يكون ضحاياً الإهمال للفقر والفشل في توفير المأكل والمسكن والرعية الطبية وزيادة حجم الأسرة ونقص الموارد المادية تمثل ضغطاً اجتماعياً كبيراً.

والفقر من أهم العوامل الضاغطة التي تساعد في حدوث الإيذاء، فقد وجدوا في الولايات المتحدة أن ٤٨% من حالات الإيذاء والإهمال من حالات لآباء يتلقون المساعدة المادية والاجتماعية، كما أن ٣٤% من حالات الإيذاء الجسدي من نفس النوع.

وتبين دراسة Mayhall أن الأطفال المساء إليهم يعانون من خلل في الشخصية يظهر في الأنماط السلوكية الشاذة، وأن الأطفال الذين جربوا الإساءة والإهمال داخل أسرهم يستخدمون عادة عدة أنماط من العلاقات التفاعلية داخل الأسرة، وهناك عدة أدوار قد يتقمصها هؤلاء الأطفال في التعامل مع الآخرين.

أنماط الأدوار التي يتقمصها الطفل المساء إليه:

أ- المعنى Caretaker :

وهو الطفل الذي يتجنب الإساءة أو الإهمال بواسطة الاهتمام المكثف بالراشدين أو الأطفـال الآخـرين فـي الأسرة، فقد تعلم أن يكون شديد الحساسية لاحتياجات الآخـرين، ولكـن الطفـل يفقـد فرصة النمو والتطور ويحاول الطفل هنا إرضاء الآخرين وإلغاء رغباته، فيبدو مغترباً عن ذاته، فهو موجود لخدمة الآخرين.

ب- المختبئ The Hider :

دور الفرد غير الموجود هو الطفل الذي تعلم أنه في بعض الأوقات أن يكون مـن المهم أن يختبئ جسدياً وانفعالياً كطريقة لتجنب اعتداء الراشدين، فقد تعود أنه مـن الأفضـل أن يتـرك المكـان أو يختبئ في وجود مشكلة أو موقف مخيف أو مؤذي، فهو لا يستطيع تحمل أي مواقف صعبة.

جـ- المستفز The Provoker :

وهـو الطفـل الذي يستفز الأعضاء الآخرين في الأسرة، وقد يبدأ الطفل عن قصـد الشجار مع أخوته أو الكبار، رغم أنه يعرف نتائج سلوكه هذا، وقد يعتقد لا شعورياً أن هذا هو الطريق الوحيد ليجد مكانه في الأسرة.

د- الدور المعكوس Counter Roie :

يعطـي الـوالدان لأطفالهم دور الآباء، فيكون على الأطفال العمل على راحة والـديهم، وإذا لـم يلـزم هـؤلاء الأطفال بهذا الدور يتعرضون للضرب المبرح والإساءة من الوالدين. (١٤)

الإساءة إلى الطفل المتخلف عقلياً:

أولاً: ما هي العلاقة بين إساءة الطفل وظروف الإعاقة؟

لقـد أصبحت العلاقة بين إساءة الطفل وظروف الإعاقة واضحة عندما صرح (Zirpoli) أن هناك عوامل تساهم في الإساءة إلى الطفل وهي:

عــوامل الآباء- عوامل خاصة بالطفل، ونختص العوامل الخاصة بالطفل فيما يلي:

- عدم النضج العقلي للطفل.
- عدم النضج الجسمي (1982) Lynchand Roberts .
- الاضطراب السلوكي (1984) Twentyman Bousha .
- الإعاقة الذهنية (1974) Green, Gaines, Sandground .

ثانــياً: أثبتت العديد من الأبحاث على أن المتخلفين عقلياً يتعرضون للإساءة أكثر من غيرهم من الأطفال:

ومن أشهر الدراسات في هذا الصدد دراسة:

(Sand Grund, 1974)- (Martin, 1974)- (Michal K., 1980)- (Zirpoli, 1987)- (Zantal, 1987)- (Bernarda, 1991).

وتــتلخص العــوامل التــي تســاعد علــى تعرض الأطفال المعاقين للإساءة ما يلي:

- أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهم مادياً.
- أقل قدرة على تفسير حقيقة الإساءة.
- غيــر قــادرين على التفرقة بين الاتصال المادي المناسب وغير المناسب سواء تعسفي أو جنسي.
- أكثــر اعتماداً على الآخرين للمساعدة أو الرعاية ولذلك يكونوا أكثر ثقة حيث أن الاعتماد والثقة تترجم إلى خضوع واستجابة.

(Parent Advancy Coalition for Educational Right, 1986, .16)

ثالثاً: كما أثبتت دراسة (Bousha) أن الطفل المتخلف عقلياً المساء معاملته تتمثل ردود أفعاله في بعض السلوكيات الشاذة المتمثلة فيما يلي:

١- يهاجم الطفل سرته والآخرين ليحاول إشباع حاجاته.

٢- ينسحب الطفل من التعامل مع أسرته، وتحت هذا يقع نمو شخصية الطفل الانسحابية، ويتجه نحو الانشغال بذاته.

٣- يتفاعل الطفل بقلق متزايد وينتج أشكال من المرض النفسي التالي:

- نقص التحكم الانفعالي.

- تهدم في الوظائف التوافقية.

تأثير الإساءة والعنف على الطفل المتخلف عقلياً:

لفهم تأثير الإساءة والعنف الجسدي والإهمال على الطفل يجب أن يؤخذ في الاعتبار المرحلة السنية للطفل- مرحلة نموه عند وقوع الحدث، مدة وتكرار الإيذاء الصورة العاطفية في المنزل- ومن الملاحظات الإكلينيكية المتوفرة يبدو أن الإيذاء الجسدي والانفعالي والإهمال يؤثر على الطفل في عدة مستويات منها النمو الجسمي، الإدراكي العاطفي. (١٥)

١- التأثيرات الجسدية:

تؤثر الإصابات التي يصيب القائمون بالعناية نمن كدمات، حروق، وغيرها إلى وجود مشاكل مزمنة كآثار جانبية لهذه الإصابات مثل فقدان السمع، تلف العين، وغيرها، وأن السقوط والكسور في الجمجمة قد تسبب تخلف عقلي للأطفال.

٢- التأثيرات على التطور والنمو الإدراكي:

تشير العديد من الدراسات إلى تأخر في النمو الإدراكي، اللغة، الإدراك الحركي بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا للإيذاء.

وقـد حذر Caffey, 1972 من أن هز الطفل بعنف ربما يؤدي إلى تخلف عقلـي، وقـد أظهـرت عديـد من الدراسات أن التخلف العقلي غالباً ما ينتج من صـدمات دماغية بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا للإيذاء، وأيضاً لاحظوا نقص في مستوى الذكاء وعجز في النظام العصبي.

وبوضـوح فإن آثار الإيذاء الجسدي والعنف من الممكن أن تكون خطيرة مثل تأخـر فـي الـنمو فـي العديد من وظائف الجسم، وغالباً ما يكون تأخر في نمو واكتساب اللغة وذلك يكون سببه نقص في المحاكاة والضغوط العاطفية على الطفل.

٣- التأثيرات على النمو السيكولوجي:

أولاً: تأثيـر الإسـاءة والإهمال على النمو النفسي للطفل من وجهة نظر Anna Freud:

تقـول أنا فرويد (١٩٦٥) أن الطفل في سنوات عمره الأولى صفحة مفتوحة تؤثـر فـيها البيـئة المحـيطة، وأن حاجة الطفل إلى الخبرة والتعلم تجعل الطفل فـي وضع غير اختياري لتقبل ما يمليه عليه الكبار المحيطين به وذلك لعدم قدرتهم علـى العـناية بأنفسـهم، والأطفـال مجبرون على تقبل أي نوع من الرعاية التي توجه لهم.

أضـافت Anna Freud أن في حالات المعاملة السيئة فإن المعتني بالطفل يؤثـر علـى تطور الأنا ومثلاً: (الأم التي تسيء لطفلها) تكون هي نفسها المصدر الخارجي له للتعامل مع البيئة الخارجية والمفسدة للعالم الخارجي له، كما تكون هي نفسها النموذج السيئ التي تسئ له، وبالتالي يخرج الطفل غير قادر على التفاعلات الاجتماعـية السليمة، ولأن المصدر الأول لتكوين أول علاقة اجتماعية سليمة، هي التي تقوم الإساءة عليه. (١٦)

ويصـبح بذلك الطفل المساء له عدوانياً، غير قادر على التفاعل مع الآخرين بطريقة سوية لأن الأنا الداخلية له بنيت بطريقة غير سليمة.

ثانياً: التأثيرات العاطفية:

تحـدثت الدراسـات عـن أهـم التأثيرات الإيذاء على النمو العاطفي للطفل ولخصتها فيما يلي:

١- يحدث نمو نفس متزن.

٢- لا يحترم الطفل ذاته.

٣- يشعر الطفل بالذنب دائماً.

٤- يحدث عندهم إحباط مزمن.

٥- لا يستطيعوا التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

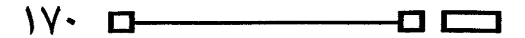
كمـا أثبـتت الدراسـات أن الأطفال المعتدى عليهم أكثر عدوانية من غيرهم الغير معتدى عليهم ويتصفوا بعدم الالتزام.

(Reidy, 1977)- (George & Main 1979)- (Herren K. 1981)- (Reidy, 1986).

كمـا أثبـتت الدراسـات أن الأطفـال الـذين تعرضوا للإساءة، ليبدو عليهم الانعـزالية، الخـوف، العدوانـية، سلوكهم متقلب، يحاولون الثأر، يبدون تأخر في الـتعلم، قـد يسلكون سلوك محطم لذواتهم، للآخرين. وأيضاً يبدو الأطفال المهملين في سلوكهم (سلوك غريب في الأكل مثل الأكل بشراهة، أو أكل أشياء غير صالحة للأكل، عدم الأكل) ويبدو على كل هؤلاء علاقات اجتماعية مبتورة.

أثبـتت الدراسـات أن السـلوك الاجتماعي للأطفال غالباً ما يتأثر بتعرضهم للإسـاءة والإهمال، فيرفضون الأشخاص المحيطين بهم، ويردون أي سلوك يوجه إليهم من قبل زملائهم بعنف وعدوانية.

وبتكـرار الإسـاءة والإهمال، يزداد سلوك العزلة والانطواء، وتقل العلاقات مـع المحيطـين، وكـذلك الأطفـال المسائين أقل قدرة على تقدير الحالة العاطفية للآخرين.



وأيضاً أثبتت الدراسات أن تصرفات الآباء العنيفة أو التهديدات تدرب الأطفال على استخدام العنف في المدرسة مع زملائهم ومع المدرسين.

٤- التأثيرات على التوافق الاجتماعي والسلوك الاجتماعي:

يعتبر التوافق من المفاهيم الهامة في علم النفس والصحة النفسية، حيث تعرف الصحة بالتوافق، ولقد حدث خلط كبير في استخدام هذا المفهوم، فقد استخدمه البعض بمعنى أن التكيف وأن كان هذا الاستخدام جزئي لهذا المفهوم فالتوافق أشمل وأعم من التكيف، فالتكيف يتعلق أكثر ما يتعلق بالجوانب العضوية، أما التوافق فيعني السلامة النفسية.

بعض الآراء في تفسير مفهوم التوافق:

١- يعرف زماردو (١٩٧٩) التوافق على أنه معيار للسواء وهو تلك الحالة من التوظيف النفسي Psychological Functioning التي تجعل الفرد قادراً على العمل بفاعلية مع متطلبات البيئة، والعمل بمجالات تناسب قدراته، وهذا ما يؤدي إلى الحصول على اتجاه عقلي متوازن، وحالة انفعالية تهيئة للاستجابة المناسبة للواقع الاجتماعي.

٢- كما يشير تعريف عبد الله عبد الحي (١٩٨٢) إلى أن التوافق هو العملية الديناميكية المستمرة التي يقوم بها الفرد مستهدفاً تغييراً سلوكياً ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين نفسه من جهة وبين بيئته من جهة أخرى.

٣- ويرى فيليب (١٩٨٤) أيضاً أن التوافق هو جهود الفرد النفسية للتوافق مع متطلبات البيئة الاجتماعية في كل مرحلة من مراحل النمو.

٤- ويعرف لونجمان (١٩٨٤) التوافق على أنه التعديلات في السلوك لمقابلة متطلبات الحياة المؤثرة التي تحمل في طياتها البناء الداخلي للشخصية والتعامل مع المواقف الضاغطة والمشكلات وتبادل المستويات والمواءمة بين الأهداف والاحتياجات.



- **تعقيب:**

من خلال العرض السابق لبعض تعريفات التوافق نستخلص منها ما يلي:

أن التوافق ما هو إلا عملية تفاعل مستمر بين الفرد وبيئته الخارجية بهدف التوفيق بين إشباع احتياجاته الداخلية ومتطلبات البيئة الخارجية، فإذا حدث هذا سار الفرد متوافقاً مع من حوله، فإذا لم يحدث حدثت مشكلات سوء التوافق.

ومن أهم تأثيرات الإساءة على السلوك الاجتماعي للأطفال ما يلي:

١ – العدوان:

أثبتت الدراسات أن الأطفال المعتدى عليهم أكثر عدوانية من غيرهم غير المعتدى عليهم. وقد ارتبط الإيذاء والإهمال بالسلوك العدواني للضحايا نحو المجتمع.

Alforo (1970), Lewis (1985) Lewisetal (1979), Widan (1989)

أو نحو عائلاتهم Kuhan & Zigler (1987) Grouse & Gelles (1986) أو نحو أنفسهم.

وهناك مظاهر وأشكال للعدوان:

* عدم الطاعة: وتظهر في عدم تنفيذ الطفل لمطالب الكبار كما أنه يتحدى الكبار ويرفض التعاون معهم، ويعارض الآخرين بالإشارات أو الكلمات.
* الهجوم البدني: ويكون بهدف إحداث الألم عن طريق العض– الضرب– الركل– قذف الأشياء– دفع الآخرين– خطف الأشياء.
* العدوان اللفظي: إيقاع الضرر النفسي بالآخرين باللغة، مثل: التشاتم– الصراخ– الألفاظ النابية– الوقاحة.
* تدمير الممتلكات: أي تحطيم الطفل للأشياء التي تخص الآخرين أو ممتلكاته الشخصية وذلك من خلال: خدش الإدراك– تكسير الكراسي– الكتابة على الجدران.



- **إعاقة الآخرين: أي منع الآخرين من القيام بما يريدون مثل إفساد اللعبة.**

إن الطفل المتخلف عقلياً، يستخدم كل هذه المظاهر في تفاعله مع البيئة الخارجية، وذلك أن لشعوره الدائم بعدم الأمان والاستقرار ولتعرضه لخبرات مؤلمة في التفاعل مع من حوله، فيبدأ الطفل في تعميم طريقة تصرفه العدوانية على كل الاستجابات.

ومن هنا تصبح التفاعلات العدوانية مع الآخرين هي القاعدة أو العلامة الوحيدة التي يعرفها للاتصال بالآخرين. وفي النهاية يظهر الطفل في صورة متحكم وعدواني مثل والديه ويبدأ في التوحد بالمعتدي.

ب- الانسحاب أو العزلة الاجتماعية:

تعتبر العزلة الاجتماعية شكل متطرف من الاضطراب في العلاقات الذي يحدث نتيجة ضغط شديد من البيئة المحيطة والمتمثلة في الأسرة بالنسبة للطفل والتي تعبر عنها هنا أسرة سعيدة وغير عاطفية تتميز بالقسوة والتشدد في المعاملة لأبنائه، فبذلك تشكل هذه الأسرة رغبة في الانسحاب عند الكفل وعدم الإقبال على الاتصال بالآخرين، إذ يصبح الناس مقترنين بالألم وتصبح الوحدة مقترنة بالأمل والمتعة.

واستنتجت الدراسات أن الإساءة بكل أشكالها والإهمال ينتجان شخصية منعزلة.

ويرى فرويد (١٩٦٦) أن الانعزال والانطواء يشير إلى سحب الليبيدو إلى موضوعات خيالية ويشكل الانطواء أو الانعزال بهذا المعنى أحد خطوات تكوين الأعراض العصابية وهي خطوة تلي الإحباط وتؤدي إلى نكوص.

جـ- سوء العلاقات الاجتماعية وعدم القدرة على تكوين صداقات:

غالباً ما تكون العلاقات الاجتماعية بين ضحايا الإهمال والإيذاء وزملائهم سيئة (Marrin & Beezley, 1977, Kinard) وتؤكد كينارد (Kinard,

(1980 من خلال الملاحظات التي قامت بها على ظاهرة إيذاء الأطفال هي اختفاء سلوك الالتصاق بين الأطفال ووالديهم.

وقد أشارت الدراسات أن الأطفال المتخلفين عقلياً أقل تقبلاً اجتماعياً بزملائهم، وأنهم أكثر رفضاً من زملائهم ومدرسيهم بل أيضاً من قبل الآباء والغرباء، كما تؤكد بعض الدراسات على أن الأطفال المرفوضين أكثر من الآخرين للإصابة بالعديد من المشكلات النفسية ومشكلات التوافق.

وفي النهاية أكدت Bierman إلى أن الأطفال المنبوذين من الآخرين يحصلون على تقديرات سلبية أكثر وتقديرات إيجابية أقل على مقاييس العلاقات الاجتماعية.

وأيضاً أكدت دراسة (Schigg and Lanch) أن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة في طفولتهم كانوا أكثر انسحاباً من المجتمع عن الأطفال الذين لم يتعرضوا، وأيضاً أكدت هذه الدراسة على أن الأطفال المساءين أكثر انسحاباً وحزناً من الأطفال المهملين.

وكل هذه الأشكال من السلوك الاجتماعي الذي يؤثر في التوافق الاجتماعي لدى الأطفال وهذا ما أكدته دراسة Stodart على أن الأطفال تساء معاملتهم يظهروا سوء توافق اجتماعي مع من يحيطون به متمثل في العدوان والانسحاب وعدم القدرة على تكوين صداقات وغير ذلك من سلوكيات غير اجتماعية.

مراجع الفصل الخامس

1- Aarans, Maureen & Gittens, Tessa (1992): The Handbook of Autism: A Guide for Professionals, British Library, London.

٢- فيصـــل محمد خير الزراد (١٩٩٦): اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار المريخ للنشر، الرياض، ط٤.

٣- كـــارين جوهانســـون وأنجريد ليلحيروث "مترجم" بدون تاريخ: الخلاص من الوحدة والفوضى (مبادئ وأفكار لتدريس الأحاديين) نشرة عن التوحدية، كاريتاس مصر، ص١٥.

٤- عـــبد المـــنعم القريطي (١٩٩٦): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة.

٥- عـــبد الـــوهاب محمـــد كامـــل (١٩٩٩): التعلم العلاجي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط١.

6- Ackerman, Lowell (1997): Autism Review, This Paper Came form the Net, http:www. Autism. Zane, Com/ Autism/ ReviewL htm.

7- American Academy of Pediatrics (1998): Auditegration Training and Facilitated Communication for Autism, Pedi-atrics, (102, 2pf1).

٨- عـــبد المـــنعم الحنفي (١٩٩٥): الموسوعة النفسية، علم النفس في حياتنا اليومية، مكتبة مدبولي، القاهرة، ط١.

9- American Psychiatric Association (1994): Diagnoistic and Stat-istical Manual of Mental Disorder, ed. DSM-IV Washington, D.C.A.P.A.



١٠- عـبد الـوهاب محمـد كامل (١٩٩٩): التعلم العلاجي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط١.

١١- عـثمان لبـيب (سبتمبر ١٩٩٥): إعاقة التوحد Autism دراسة حالة (٤)، النشـرة الدورية، عدد ١٤٣، السنة الثانية عشرة، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين.

12- Ann. C. (1993): Play Therapy with Aubsed Children, Jessia Kingsola, London.

١٣- رضـوى إبراهيم، عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز عبد الله (١٩٩٣): العلاج السلوكي للطفل، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.

14- Aubyn, Stahmer C (1995): Teaching Symbolic Skills to Children with Autism Using Pivotal Response Training, Journal of Developmental and Disordersm v25, n2.

١٥- زيـنب شـقير (٢٠٠٠): اضطرابات اللغة والتواصل، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط١.

الفصل السادس
مشكلات التفوق العقلي والموهبة

الفصل السادس
مشكلات التفوق العقلي والموهبة

أولاً: مقدمة:

يعد الطفل الموهوب في أي مجتمع طاقة وثروة كبرى، يجب رعايتها والاهتمام بها، لغرض استثمارها وتوجيهها لخدمة المجتمع وتطوره، فالتقدم الذي أحرزته البشرية في ميادين العلوم، والفنون والآداب واكتشاف الفضاء والصواريخ، لم تتم إلا بوجود هؤلاء العباقرة، لذلك اهتمت الكثير من المجتمعات الإنسانية بهم، وأولتهم الرعاية والارتقاء بمواهبهم ليصبحوا ملكاً للمجتمع بأكمله ومفخرة من مفاخره. وهناك عدة مبررات تستدعي الاهتمام بتربية الأطفال الموهوبين في المدرسة منها:

١- إن الاهتمام بالأطفال الموهوبين يعد ضرورة عملية وحضارية لا يمكن الاستغناء عنها في وقتنا الحاضر من أجل الاستفادة من قدرات هؤلاء الأطفال وخاصة في بلداننا النامية التي نحن في أمس الحاجة إلى هذه القدرات.

٢- إن الاهتمام بالأطفال الموهوبين يعد ضرورة علمية من أجل الاستفادة من قدراتهم وتطوير هذه القدرات من أجل المساهمة في تقديم المجتمع.

٣- إن الاهتمام بالأطفال الموهوبين ورعايتهم يعد ضرورة تربوية، خاصة في الوطن العربي، حيث تفتقر مؤسساتنا التربوية لهذا الاهتمام، كما تفتقر مكتباتنا إلى مراجع مفيدة في هذا المجال.

فقد يرى علماء التربية ضرورة تحديد الطفل الموهوب في وقت مبكر ما أمكن ذلك لغرض إعطائه الفرصة المناسبة لإعمال نمو قدراته وإتمام توافقه الشخصي.

يرى ليتاهو لنجورث أن الطفل ذو الذكاء العالي بحاجة إلى مناهج إضافية مناسبة له عند دخوله المدرسة الابتدائية وما قبلها نتيجة للانفجار المعرفي والتطور



السريع في تشغيل الآلة وزيادة معدل التغيير. أصبح مجتمع اليوم بحاجة ماسة إلى قيادة منورة ليس فقط في مجال العلوم والرياضيات، ولكن أيضاً في مجالات أخرى مثل العلوم الاجتماعية والإنسانية والفنون والآداب. وهذه القيادة يجب أن توجه بصورة مباشرة لا لتحسين الحالة الاقتصادية فحسب، بل يجب توجيهها لتعزيز الرعاية والخدمات الاجتماعية والسلام العالمي- لهذا ظهرت حاجات المجتمع الإنساني إلى الاختراعات والاكتشافات، وظهر طلاب البحوث والدراسات والإداريون ورجال السياسة، حتى أصبحت الفكرة في كل مجتمع هي أن تستفيد الفائدة الكاملة من أفراد موهوبين لغرض رسم خطة مقترحة لتحديد الأفراد ذوي القدرات العالية، وإعدادهم إعداداً جيداً ليسهموا في بناء مجتمعهم.

ففي القرن السادس عشر استخدم سليمان (السلطان العثماني) طرقاً لاكتشاف الموهوبين من الشباب، وأعطى هؤلاء الأطفال إعداداً وتدريباً مميزاً، خاصة في الحرب، والعلوم، والثقافة، والأدب.. وبذلك حاولت الدولة العثمانية هزيمة أوروبا. والأحدث من ذلك فإن ما يسمى الاتحاد السوفييتي سابقاً تقدم علمياً بسبب إعطاء فرص عظيمة للأطفال الذين أظهروا قابليتهم للتعليم العالي.

وتشير المصادر المتوفرة إلى أن هناك خسارة كبيرة للموهوبين في مجتمعنا، حيث تشير البيانات إلى أن العديد من الطلاب المتمكنين جداً لا يدخلون الجامعة، وإن ضياع هذه المواهب يعد أكبر خطورة يتعرض لها المجتمع وذلك بسبب تدني المستوى الثقافي والاقتصادي، ويعتقد البعض أن هناك موهوبين غير معروفين، وتلك تعد خسارة أخرى تضاف إلى ما سبقها.

أما في العالم الثالث، وبخاصة في الوطن العربي، فإن اكتشاف الموهوبين لا يكفي، بل لابد من العناية بهم، والاهتمام بمواهبهم، وتهيئة فرص التعلم بما يناسب طاقاتهم وقدراتهم. أما الدول الأجنبية فقد اهتمت بالأطفال الموهوبين فخصصت لهم فصولاً خاصة داخل المدرسة الاعتيادية، واستنتجوا من دراساتهم حول الأطفال. إن ما بين ١٠-٥٠ طفلاً موهوباً يوجد بين كل ألف طفل، ومعنى هذا أنه لابد من وجود طفل موهوب واحد في كل فصل دراسي.

ثانياً: من هو الطفل الموهوب؟

الطفل الموهوب هو ذلك الطفل الذي يمتاز بقدرة عقلية يمكن تحديدها بنوع من اختبارات الذكاء، والتي تقيس قدرته على التفكير والاستدلال، وتحديد المفاهيم اللفظية، وإدراكه لأوجه الشبه بين الأشياء والأفكار المماثلة، كذلك قدرته على ربط تجارب سابقة بمواقف راهنة، وأكدت التجارب على وجود علاقة ارتباطية بين النجاح العلمي للطفل وقدراته الموهوبة.

وقد عرف بعض علماء ولاية أريجون الأمريكية الطفل الموهوب بأنه "ذلك الطفل الذي يظهر تفوقاً في مجالات معينة، أو يتمتع بقدرة ذهنية ممتازة"... لذا فقد عملوا برامج تربوية وتعليمية خاصة لبعض الأطفال الذين يتمتعون بمواهب موسيقية أو فنية، وبرامج أخرى متنوعة للأطفال الذين ينتظر منهم أن يكونوا قادة اجتماعيين.

ويرى شيفل (M. Scheifele, (1965 أن الأطفال الموهوبين هم أولئك الذين يتمتعون بقدرات ومهارات خاصة في الميكانيكا والعلوم والفنون والعلاقات الاجتماعية، إلى جانب ذكاء عام مرتفع، ويظهر تفوقهم من خلال القيام بأعمال ممتازة وفائقة. وإن أي عمل مميز ومبتكر لابد أن يكون صاحبه متمتعاً بقدرة عقلية عالية، ولهذا فالموهبة هي قدرة الفرد على الابتكار في مجال واحد أو أكثر، ناقش لاكيتو الموهوبين ضمن تحديدات مختلفة هي:

١- تحديد اختبار الذكاء The IQ Definition : والذي وضع درجة اختبار الذكاء كحد لتحديد الموهبة، حيث يرى تيرمان Terman في دراسته الشهيرة اعتبار درجة الذكاء ١٤٠ كحد أدنى ضمن مجموعة الأطفال الموهوبين، والحد الأدنى للمسجلين في فصول خاصة للموهوبين حسب اختبار الذكاء ١٣٠ درجة.

٢- التحديد الاجتماعي The Social Definition : والذي يشير إلى أن الأطفال الموهوبين هم أولئك الذين لهم أداء ذو فاعلية وانسجام ويتمشى مع النشاط الإنساني ويسترعي الانتباه.

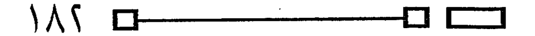


٣- تحديد النسبة المئوية Percentage Definition : حيث يرى بعض المربين أن الأطفال الموهوبين هم أولئك الذين يحتلون نسبة ٢-٤% من مستوى الذكاء بين الأطفال الآخرين، وهناك آخرون يستعملون نسبة مئوية أخرى منهم كنونت Conunt الذي اعتبر الموهوبين أكاديمياً هم أولئك الذين يكونون في القمة ويحتلون نسبة ١٥-٢٠% لطلبة المدارس الثانوية.

٤- تحديد الإبداع Reativity Definition : استنتج لاكيتو Lacito من خلال دراسته لآراء جيلفورد Guildford الذي اعتبر أن هناك عدة مظاهر للذكاء، وأنه لا يمكن الاكتفاء بالاعتماد على قياس النوع التقليدي لاختبار الذكاء واعتبر الكثير من المربين والباحثين أن الابتكار هو أحد المظاهر، حيث تأثر لاكيتو بدراسة جيلفورد، وطور تحديد مصطلح تقييم الإنتاجية للموهوبين والذي يشير من خلالها إلى أن الأطفال الموهوبين هم أولئك التلاميذ الذين يمتلكون قوى ذهنية كامنة في مستوى تفكير عالٍ بنوعيها: تفكير منتج ومقييم في آن واحد.

ويمكن أن يفترضوا بشكل معقول وأن بإمكانهم أن يعالجوا مشاكل المستقبل، مبتكرين ومقيمين للثقافة ويفون بالغرض فيما إذا دورت التجارب والبرامج التربوية لتشمل الإنتاج والتقييم عند هؤلاء الأطفال الذين يتصفون بالتفكير الإبداعي والقدرة على التخلص من المواقف الحرجة.

يشير برنجل وفارما Pringle and Varma, 1974 إلى أن جميع القدرات العقلية ارتبطت بالطفل ارتباطاً إيجابياً فهو عادة موهوب في جميع الأحوال مقارنة بالأطفال الاعتياديين. فهو أكثر انتباهاً وتأملاً وإبداعاً، وأكثر سعة في الخيال، وهو مخادع في الفهم، غني في ذاكرته، قادر على التعبير عن نفسه بكل وضوح ودقة، وهنا لابد من استثمار هذه الخصائص الإيجابية داخل الفصل الدراسي، وقد أثارت جميع النظريات مناقشات جدلية أسهمت على نحو بديع في توضيح وتحديد دقة البحوث والنتائج الأساسية التي انتهت إليهما- وقد كانت هذه النتائج واضحة حيث تم صياغتها على شكل أسئلة موضوعية وذلك على النحو التالي:



- هل يولد الناس متساوون من حيث الخصائص والقدرات؟
- هل الأطفال الذين يتمتعون بموهبة عالية هم أعلى قدرة من أقرانهم العاديين؟
- هل تختلف المهن من حيث الصعوبة والسهولة ليتطلب بعضها مؤهلات عليا؟
- أمازالت الحقيقة التي صرح عنها عالم النفس السلوكي جون واطسن J.Watson وكـذلك بعض علماء التربية في وقتنا الحاضر والذين يرون إمكانية إعداد الفرد لأي مهـنة يحبها أو يرغب فيها (طبيب، محامي، مهندس... الخ) بالاعتماد على التـربية، وتوفير عوامل البيئة الحسنة... حيث يرى واطسن في مقولته (أعطني طفـلاً سليماً وأنا أصنع منه ما أريد طبيباً، محامياً، مهندساً، لصاً... الخ).. ولكن ما مدى صحة ذلك؟. وكيف يحدث ذلك؟

يـؤيد كارلـيل Carlyle, 1974 القاعدة حول "لا مساواة عقلية بين الناس، بل تكتشف النوادر من الأفراد ويدربوا ليكونوا قادة الأمة".

إن التقدم والازدهار اللذين أحرزتهما مختلف أقطار العالم يحددها على حد ما عـدد من الناس يواجهون المشكلات الأساسية بطرق علمية (حسب رأي جالتون)، والـذي يـرى أن الصـفة المميـزة للبحوث العلمية هي أن تدعم بالقياسات وليس بالخصـائص المخـتلفة للأفراد فحسب بل في الروابط بين تلك الخصائص بعضها بـبعض، مسـتخدماً فـي وقـت مبكر مفهوم الجينات الوراثية لمعالجة الموضوع بأسـلوب اختصاصـي- وتوصل إلى نتائج رقمية بدأ من خلالها قبول فكرة مفادها "إن للنشـاط العقلـي ثـلاث ظواهـر أساسـية هـي: القدرة العقلية- والعواطف والانفعالات، والرغبة"..

واسـتنتج مـن خلال الدراسات المتعلقة بحياة الفرد أنه ربما كان هناك أفراد بـارزون فـي الإنجـاز لا يمتازون بالقدرات العقلية فحسب بل بالاتزان الانفعالي والتصـميم وهـم يعملـون بجـد (التركيز والتصميم- الجد والاستمرار- التصميم والأسـتمرار) وكان التحري والبحث نقطة البداية. ومن أولى هذه النوعيات منذ أن أصبحت القدرات العقلية ضرورة يجب توجيهها نحو الأفضل، حيث أشارت النتائج



الأولـية أن علمـاء الـنفس قـد وضـعوا دعماً وبعداً ثابتاً للاستعدادات الخاصة (الملاحظـة والابـتكار واللغة والعلوم المختلفة والفنون والقدرات العقلية) والأكثر بعـداً وتأثيراً هي القدرات العامة- والعوامل الداخلية في جميع ما تم ذكره، كل ما يفكـر ويعمـل. وإن وجود الاختلافات بين جميع الأفراد ولمختلف النوعيات دليل البـرهنة وإلـى حـد كبير بأن القدرات العقلية فطرية وليست مكتسبة.. أما كتابات كارلـيل فهـي مسـتمدة من اهتمامات جالتون المباشرة لهذا الموضوع، حيث عبر بـوجهة نظر مشابهة. فقد ركز جالتون على عامل القدرات العقلية- النظرية العامة والتي أسماها عادة بالقدرات العامة والذي تبنى كلمة الذكاء، وهو مصطلح استعمله سبنسـر Spencer بنفس الشعور الذي روج لها فيما بعد بينيه Binet والقدرة تعني إمكانـية الفـرد على أداء نشاط معين وتعني أيضاً كل الظروف والأحوال النفسية المتطلبة لأداء نشاط ما- وتعرف القدرة إجرائياً: بأنها النشاط الذي يرتبط بها، مثل الذكاء والذي يعرف من خلال ما يقيسه اختبار الذكاء. ويمتلك الفرد الإنساني العديد من القدرات لوجود العديد من الأنشطة التي يمارسها.

ينظر القدرة على أنها مجموعة ظروف تنبثق أساساً من خلال البحوث والدراسات التي أجريت على القدرات واستخدمت معاملات الارتباط بين الأداء على موضوعات مدرسـية مخـتلفة كالرياضيات واللغات أو بين الذكاء والمهارات الحركية كالرسم مثلاً، حيث أظهرت نتائج الدراسات وجود ارتباطات بين القدرات العقلية والاستعداد الرياضيات واللغات من جهة، وبين الذكاء والمهارات من جهة أخرى.

وظهـر أيضـاً تداخل بين هذه القدرات مما يشير إلى أن الظروف الأساسية كانـت واحـدة. يفضـل البعض من وجهة نظر القياس النفسي باستخدام مصطلح (القدرات الإنسانية) على استخدام نسبة الذكاء. ترى المدرسة البريطانية أمثال بيرت وفرنون وأيزنيك أن الذكاء العام والقدرات الخاصة مكملين أحدهما للآخر.

استخدم سبيرمان معاملات الارتباط والتحليل العاملي لدراسة القدرات، وركز فـي دراسـته على فكرة العامل العام الذي يربط القدرات بعضها ببعض، والعامل

الخـــاص الذي يظهر اختلافاً بين قدرة ما عن باقي القدرات، ثم طورها ثرستون من خـــلال حســـاب الارتباط لنتائج عدد من المقاييس لذكاء عينة من الأطفال مستخدماً ســـبعة وخمســـين اختـــباراً فـــي دراساته، ورفض فكرة العامل العام، واستبدل به القدرات الأولية والتي خرج لها من تلك الاختبارات وهي:

١- اختبار القدرة المكانية.
٢- اختبار السرعة الإدراكية.
٣- اختبار القدرة العددَية.
٤- اختبار المعنى اللفظي.
٥- اختبار الذاكرة.
٦- اختبار الطلاقة اللفظية.
٧- اختبار الاستدلال الاستقرائي
٨- اختبار الاستدلال الاستنباطي.

ومـــن هـــنا فإن القدرة تشير إلى وجود قوة لأداء فعل ما جسمياً كان أم عقلياً، سواء أكان ذلك فطرياً أو مكتسباً نتيجة التعلم أو التدريب.

هـــناك اختلاف بين القدرة والاستعداد، فالقدرة تتضمن الفعل الذي يمكن القيام بـــه الآن. أما الاستعداد فيتضمن إمكانية الفرد على تنمية قدرته لأداء عمل ما نتيجة التدريب والتعلم.

أنواع القدرات:

١- **القـــدرة الحـــركية:** وهي مجموعة قدرات تتطلب التآزر والتناسق بين أعضاء الجســـم وحواســـه، كالمهـــارة الـــيدوية ومهـــارة الأصابع- التآزر بين اليدين والعينـــين- والتآزر بين العينين والرجلين- ويعد المستوى النفسي الحركي أحد مســـتويات العملـــيات المعـــرفية، حيث اهتم علماء القياس النفسي وعلم النفس الصناعي بهذا الجانب.

وقـــام الباحـــثون بحساب معاملات الارتباط بين هذه القدرات المختلفة، وكانت الارتـــباطات منخفضـــة فـــيما بينها، فقد تكون للفرد مهارة عالية في قدرة من القـــدرات ومنخفضة في قدرة أخرى. ويرجع ذلك إلى عوامل أخرى غير القوة

والسرعة والحجم ومن تلك العوامل مثلاً– الميل والاهتمام والثقة بالنفس والاتزان الانفعالي. كذلك اهتمت هذه الدراسات بالعلاقة بين الذكاء وهذه القدرات، وأظهرت أن هناك علاقة وثيقة خلال السنوات القليلة الأولى من العمر، لكن الارتباط يصبح منخفضاً أو معدوماً بعد ذلك، فالأطفال المتفوقون في دراساتهم قد يكونون أيضاً ناجحين في الألعاب الرياضية أو الفن كالرسم والخط والزخرفة أو أعمال الحرف كالخزف والسيراميك، وغيرها التي تتطلب قدرة حركية دقيقة– ويكون لهذا أثر إيجابي في رضاهم وثقتهم بأنفسهم وبصحتهم النفسية، وأظهرت الدراسات عدم وجود علاقة بين القدرات الحركية والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للطفل.

٢- **القدرة الفنية**: وتعني أن تختص كل واحدة منهما بنوع من الأنشطة الفنية كالرسم والموسيقى والغناء والتمثيل وغير ذلك. وتتعلق القدرة الفنية بقدرة الفرد على الإبداع في النشاط الفني المعين، وعلى تذوقه في نفس الوقت، فقد نجد فرداً متفوقاً في أكثر من نوع من الأنواع الفنية، في حين نجد فرداً آخر متفوقاً في نوع واحد فقط. وربما نجد شخصاً آخر لم يظهر تفوقاً في أي واحد منهما.

يتطلب لمن أراد الالتحاق بالدراسة أو العمل في هذه المجالات توفر القدرات الفنية، فالالتحاق فرد ما بأحد أقسام الكليات أو المعاهد الفنية يتطلب منه توفر القدرات والاستعدادات الفنية اللازمة لذلك القسم وبدرجة عالية.

٣- **القدرة اللفظية**: وتتمثل في مدى إمكانية تعامل الفرد مع الألفاظ واستخدامها بكفاءة للتعبير عن أفكاره وآرائه التي ينقلها إلى غيره من الناس، منطوقة أو مكتوبة بشكل واضح. وكذلك في طلاقة الفرد اللغوية، وفي قدراته السريعة والدقيقة على فهم المعاني والأفكار لما يسمع أو يقرأ عن غيره، ويعد توافر القدرة اللغوية وبدرجة عالية ضرورة للنجاح في بعض الأعمال كالتدريس وخاصة في مجال اللغات، التأليف في مجال الأدب، ويمطن تقسيم القدرة اللغوية إلى

قـدرات نوعـية تخصصية، كالقدرة اللفظية العربية أو الإنجليزية أو الألمانية وغير ذلك.

٤- **القـدرة الكتابية:** وهي إحدى القدرات العقلية التي كشف عنها التحليل العاملي للاختـبارات التي تقيس قدرة الفرد على الدقة والسرعة والتصنيف في الأعمال الكتابية.

٥- **القدرة العددية:** وتتمثل في مدى قدرة الفرد على التعامل بالأرقام والأعداد من حـيث الدقـة والسـرعة والكفـاءة وتشمل، قدرة الفرد على القيام بالعمليات الحسـابية البسـيطة والمعقـدة، وقدرتـه على اكتشاف العلاقات بين الأرقام، وتـتطلب هـذه القـدرة درجة عالية، حتى يتمكن الفرد من النجاح في بعض الأعمال التي يحتاجها كالحساب والرياضيات.

٦- **القـدرة الميكانيكية:** وتتمثل هذه القدرة في إمكانية معرفة الفرد فك أجزاء الآلة ثم تركيبها، وقدرة الفرد على فهم كيفية عملها، والعلاقة الوظيفية بين أجزائها، وكيفـية صيانتها، واكتشاف أماكن العطل فيها وإصلاحها بدقة وسرعة... ومن هـنا لابـد مـن وجود درجة عالية من القدرة تمكن الفرد من النجاح في عمله الميكانيكـي. يمكن تقسيم القدرة الميكانيكية إلى قدرات فرعية نوعية تخصصية مـثل ميكانـيك السـيارات، وميكانيك المحركات وميكانيك الديزل والقاطرات وغيـر ذلك. لا يمكن تحديد الطفل الموهوب بذكائه فحسب (من وجهة المعنى العـام للتفوق) وما مجموعة أعمال السوي المتكاملة ألا حصيلة تفاعل كل من: نضـجه الانفعالي، وتوافقه الاجتماعي وصحته الجسمية، مع قدراته العقلية. إن لهذه العوامل نفس القدر من الأهمية والتي تنطبق على الطفل الموهوب. وعلينا أن نسـتخدم الكثيـر مـن المصادر للتعرف على الطفل الموهوب حتى تكون بـرامج التعـرف ذات قـيمة تربوية، ويتطلب ذلك دراسة الطفل ككل، حيث تخـتلف الدراسـة باختلاف الأفراد والإمكانيات وطبيعة النظام المدرسي، وهنا لابد من الاهتمام باختيار برنامج تعرف مثالي.

وفيما يلي بعض المعلومات المطلوبة والمختارة من اختبارات ومقاييس التقدير والتي تطبق من قبل المختصين، وكذلك من خلال ملاحظات المدرسين والآباء، ومن أفراد آخرين يتعاملون مع الأطفال- ومن خلال المقابلات الشخصية مع الأطفال وآبائهم.

أولاً: بيانات شخصية:

اسم الطفل .... اسم الأب .... اسم الأم ....

تاريخ التولد .... مهنة الأب .... مهنة الأم ....

عدد أفراد الأسرة .... عدد الأخوة .... تسلسل الطفل بين اخوته ....

ثانياً: صحة الطفل الجسمية (حسب الفحوصات الطبية): ....

ثالثاً: قدرة الطفل العقلية: ....

رابعاً: النمو الاجتماعي للطفل: ....

الحاجات: ....

المهارات التي ظهرت بالفعل عند الطفل: ....

تاريخه الاجتماعي ....

- حالته الاجتماعية في البيت ....
- حالته الاجتماعية في المدرسة ....

....

خامساً: تاريخ الطفل المدرسي: ....

- تحصيله الدراسي في مواد أساسية: ....
- تحصيله الدراسي في موضوعات خاصة: ....

سادساً: ميوله: ....

....

سابعاً: قدرات الطفل الخاصة: ....

....

ثامناً: نشاط الطفل خارج المدرسة: ....

ويمكـــن إمكانية الاستفادة من فقرات جمع المعلومات عن التلاميذ في استمارة دراســـة الحالـــة لغرض تحديد قدرات كل تلميذ وإمكانياته الخاصة بهدف توجيهها التوجـــيه الســـليم، والعمل على تطويرها، ويتطلب في هذه الحالة تدريب المعلمين والأخصـــائيين التـــربويين والاجتماعيين على الملاحظة الدقيقة في جمع المعلومات والتحلـــيل العلمـــي الصائب لما يلاحظونه بين تلاميذ المدرسة وخاصة الموهوبين، والعمـــل على توجيههم التوجيه السليم داخل الفصل الدراسي، وكذلك توجيه أولياء أمور التلاميذ وإرشادهم بشكل عام وأولياء أمور الموهوبين بشكل خاص من خلال مجالس الآباء والمعلمين بضرورة الاهتمام بهم ومتابعتهم داخل البيت.

ثالثاً: أساليب التعرف على الأطفال الموهوبين شيوعاً:

١- استخدام الاختبارات الفردية للذكاء:

لا نستطيع أن ننكر أن مدى فعالية نسبة الذكاء للتعرف على المحكات الأخرى فـــي تعـــريف الموهبة محدودة، إلا أنه مع ذلك يظل الذكاء المقاس يمثل ركناً هاماً مـــن أركان تعريف الأطفال الموهوبين وتصنيفهم. لذلك فإن استخدام أحد اختبارات الـــذكاء الفـــردية كجـــزء مـــن مدخل شامل للقياس والتقدير يمكن أن يسهل عملية التعرف على القدرة المعرفية المتفوقة. مثل هذا التعرف يساعد بلا شك على تحديد الوضـــع الدراســـي الملائـــم للطفل الموهوب كما يسهل استخدام الأساليب التعليمية والمواد اللازمة. فمن المهم- بطبيعة الحال- أن نتذكر بصفة دائمة أن اتخاذ جانب الحـــيطة والحـــذر واجـــب لتجنب استبعاد الأطفال الذين تحول خلفيتهم العرقية أو مســـتوياتهم الاجتماعـــية والاقتصادية دون نمو طاقاتهم إلى أقصى حد ممكن على أســـاس مـــن قياس نسب الذكاء أو الاختبارات الأخرى للقدرة العقلية أو التحصيل الدراســـي. نظراً لبعض الاعتبارات العملية التي تتعلق بالنفقات والوقت، فإن القياس الفردي قد لا يكون متاحاً على نطاق شامل في الغالبية العظمى من النظم المدرسية. لـــذلك تـــوجد بدائل أخرى يمكن استخدامها قبل إحالة الطفل لإجراء القياس الفردي للذكاء عليه. ومن بين هذه الأساليب القياس الجمعي وملاحظات المدرسين.

٢- القياس الجمعي:

تلجـأ معظم النظم المدرسية إلى إجراء قياسات بصفة دورية لقدرات التلاميذ العقليـة وتحصـيلهم الدراسي كما تقاس من خلال أساليب القيام الجمعي. مثل هذا الـنوع مـن التقييم يتضمن تحديداً لمستوى النضج العقلي (نسبة الذكاء)، ومستوى الأداء التحصـيلي علـى التوالي. إلا أن نتائج القياس الجمعي نظراً لما تحتمه من نقـص التفاعل الشخصي بين الفاحص والعدد الكبير من التلاميذ الذين يتم اختبارهم فـي وقـت واحـد، تـبدو عادة أقل ثباتاً في الكشف عن الطاقة العقلية أو مستوى التحصيل لكل تلميذ كفرد من الاختبارات الفردية.

لا شـك أن أدوات القـياس الجمعي تخدم أغراضاً هاماً ومفيدة عندما تستخدم كوسـائل للدراسـات ذات الطبيعية المسحية. في مثل هذه الحالة فإن التلاميذ الذين يحصـلون على نسب ذكا تقع فيما بين ١١٥، ١٢٠ في اختبار جمعي للقدرة العقلية يمكن إحالتهم لقياس ذكائهم على أساس فردي.

لقـد أشـارت مجمـوعة من الدراسات إلى أن عدداً كبيراً من هؤلاء الأطفال يحصـلون علـى درجـات تقع في نطاق الموهوبين (١٣٠ فأكثر في نسبة الذكاء) عـندما يخضـعون للاختـبار بطـريقة فردية باستخدام اختبار ستانفورد- بينيه أو اختـبارات وكسلر. بالمثل، فإن التلاميذ الذين تشير نتائجهم في اختبارات التحصيل الجماعـية إلـى أنهـم يتقدمون عن مستويات الصفوف الدراسية في معظم المواد الدراسـية بمقـدار سنتين أو ثلاث عن صفوفهم الحالية، يجب أيضاً إحالتهم بقصد إجراء أساليب القياس الفردي عليهم.،

٣- ملاحظات المدرسين:

لـو أن عملـية التعـرف على حالات الموهوبين تركت كلية للمدرسين، فإننا سـوف نجـد عـدداً كبيراً من الأطفال الموهوبين حقيقة لا يتم تمييزهم أو التعرف علـيهم، وأن عدداً قليلاً فقط هم الذين يتم انتقاؤهم. في الدراسة التي قام بها "بجناتو"

و"بيـرش" (١٩٥٩) اتضـج أن عينة الدراسة من المدرسين تركوا أكثر من نصف التلاميذ الموهوبين الذين أمكن للباحثين التعرف عليهم فيما بعد باستخدام اختبار بينـيه للذكاء. لعل نتائج هذه الدراسة وأمثالها توضح مدى الحاجة في برامج أعداد المعلمين في نظر التعليم العام أو في نطاق التربية الخاصة للتدريب على التعرف على حالات الأطفال الموهوبين.

بقصد مساعدة المدرسين على القيام بنوع أكثر دقة من التعرف على حالات التفوق قام "رونزوللي" (١٩٧١) بتصميم مقياس للتقدير لهذا الغرض. تضمن المقياس المشار إليه أربعة مجالات يستطيع المعلمون أو الآباء من خلالها وضع تقديراتهم عن تلاميذهم أو أبنائهم. الدرجات المرتفعة التي يحصل عليها لأطفال في هذه المجالات التقديرية تشير إلى وجود مكونات الموهبة عندما يتم تقييمها بالأساليب الموضوعية.

المجالات التي يغطيها مقياس "رونزوللي" للتقدير تتضمن ما يأتي:

١- خصائص التعلم:

- بناء من الثروة اللفظية يتقدمك مستوى السن ومستوى الصف الدراسي.
- نمو عادات القراءة المستقلة، وتفضيل الكتب ذات المستوى المتقدم.
- الإتقان السريع للمادة المتعلمة، وتذكر المعلومات المتصلة بالحقائق.
- استخلاص المبادئ العامة، والقدرة على القيام بتعميمات صادقة.

٢- خصائص الدافعية:

- المبادأة الذاتية.
- الإصرار على استكمال الواجبات والأعمال.
- المعاناة من أجل الوصول إلى مستوى أفضل.
- الشعور بالملل عند أداء الأعمال الروتينية.

٣- الخصائص الابتكارية:

- حب الاستطلاع الشديد لعدد متنوع من الأشياء.
- قدر أكبر من الأصالة في حل المشكلات والاستجابة للأفكار.
- درجة أقل من الاهتمام بالمسايرة.

٤- الخصائص القيادية:

- حب الاستطلاع الشديد لعدد متنوع من الأشياء.
- الاستعداد لتحمل المسئوليات.
- سهولة التكيف مع المواقف الجديدة.

تجدر الإشارة إلى أن الأساليب المختلفة المستخدمة في التعرف على حالات التفوق- سالفة الذكر- لها مميزاتها وعيوبها. وقد لخص جالاجر (١٩٥٩) جوانب القصور في بعض هذه الأساليب على النحو التالي:

الأسلوب	أوجه القصور
الاختبارات الفردية للذكاء	طريقة جيدة، إلا أنها مكلفة في الوقت والنفقات وليست عملية كأداة للفحص المسحي في المدارس.
اختبارات الذكاء الجماعية	طريقة حسنة للفحص بصفة عامة، إلا أنها قد لا تكشف عن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة، أو الذين يعانون من اضطرابات انفعالية.
الاختبارات التحليلية	لا تكشف عن الأطفال المتفوقين غير القادرين على التحصيل وتتضمن جوانب القصور في اختبارات الذكاء الجماعية.
ملاحظات المدرسين	كثير من المدرسين يعجزون عن التعرف على الأطفال غير القادرين على التحصيل، أو الأطفال المصابين باضطرابات انفعالية.

رابعاً: خصائص الطفل الموهوب:

تشـــير الدراســـات التربوية والنفسية والعقلية والاجتماعية أن الطفل الموهوب يتمـــتع ببعض الصفات الجسمية والعقلية والانفعالية... الخ، والتي تختلف عنه لدى الطفل العادي، ومن بين هذه الدراسات الدراسة التي قام بها العالم تيرمان وآخرون بين عامي (١٩٢١– ١٩٢٢)، والتي استهدفت معرفة خصائص الأطفال الموهوبين لـــدى عيـــنة شملت أكثر من ألف موهوب. وكانت درجات ذكائهم أعلى من (١٤٠ درجة) وكانت من نتائج الدراسة:

١– معـــدل نمو أفراد مجموعة الأطفال الموهوبين كانت أفضل نوع ما من الأطفال الأسوياء في النواحي الجسمية.

٢– كانـــت اهـــتمامات التلامـــيذ الموهوبـــين جانبية وعفوية. وهم أكثر سهولة من الأطفال الآخرين في تعلم القراءة وكانوا يقرءون أكثر الكتب جودة.

٣– أظهـــر الأطفـــال الموهوبـــون تفـــوقاً في جميع الخواص الجسمية والانفعالية والاجتماعية وفي التوافق والخلق والخلفية المنزلية إضافة إلى تفوقهم العقلي.

٤– فـــي جانـــب الـــذكاء، فقد أظهر الأطفال الموهوبون تفوقاً عالياً جداً في مجال الذاكرة ومدى الانتباه والمفردات اللغوية والمنطق والتفكير النقدي.

٥– أظهـــر الأطفـــال الموهوبـــون تفوقاً في القدرة على التعميم وفي الحدس العام، والرغبة في المعرفة واليقظة، وروحا لدعابة.

٦– أظهـــرت الدراسة بأن التحصيل الدراسي للأطفال الموهوبين لم يكن في معدل واحد، فقد أظهروا تفوقاً عالياً في القراءة واللغات والاستدلال الحسابي والعلوم والأدب والفـــنون– فـــي حين أظهروا تفوقاً أقل في العمليات الحسابية والعلوم اللجتماعـــية كالـــتاريخ والتربية، وضع لا يكوك عام (١٩٧٤) قائمة بالصفات التـــي يتميـــز بها الطفل الموهوب عن غيره من الأطفال العاديينّ وتشمل هذه الصفات:

١- تفـــوق فـــي القدرة التعليمية، ومعالجة التعامل مع المجردات، والعموميات في الحقائق الخاصة وفهم المعاني وإدراك العلاقات ومعالجة المشكلات.

٢- حب الاستطلاع، وقدرة ذهنية متفوقة وخيار غير عادي.

٣- قدرة واستعداد على التعلم والتذكر بسهولة.

٤- يمتلك مجالاً واسعاً وشاملاً للاهتمامات خصوصاً في القراءة.

٥- القـــدرة علـــى الانتـــباه الواســـع الذي يؤدي إلى التركيز والمثابرة في معالجة المشاكل ومواصلة الاهتمامات.

٦- تفوق في مجموعة المفردات اللغوية من حيث الكمية والكيفية.

٧- قدرة على إنجاز أعمال فعالة معتمداً على نفسه.

٨- المبادرة والأصالة في الأعمال الذهنية والاستجابة السريعة للأفكار الجديدة.

٩- القدرة على اتباع التعليمات المعقدة بسهولة.

١٠- القدرة على القراءة المبكرة.

تعتبـــر الصـــفات المذكـــورة أعلاه كقائمة تدقيق أو فحص لكل تلميذ، تساعد المعلمـــين علـــى تحديـــد الأطفال الموهوبين، ويرى شيفل الخصائص التالية، التي يتصف بها الطفل الموهوب وتميزه عن غيره:

أ- الخصائص العقلية:

١- قـــدرة فائقـــة على الاستدلال والتقييم والتجربة، وفهم المعاني والتفكير المنطقي وإدراك العلاقات.

٢- إنجاز الأعمال العقلية الصعبة بإتقان.

٣- التعلم بسهولة وسرعة.

٤- الإنصاف بحب الاستطلاع في النواحي الثقافية والفكرية.

٥- قوة التبصر في الأمور.

٦- له ميول واسعة المدى في مجالات مختلفة.

٧- له قدرة فائقة على القراءة من حيث السرعة والفهم، واستخدامه للكلمات وقدرة على الاستدلال الرياضي والعلوم والآداب والفنون.

٨- ميل إلى إنجاز أعمال هامة بمفرده.

٩- له القدرة على الابتكار في الأعمال العقلية.

١٠- لا يميل إلى الصبر في الأعمال الروتينية التي تحتاج إلى تدريب.

١١- تفاوت قدراته في التحصيل الدراسي، مثله مثل الأطفال العاديين، ويعني هذا أنه قد يكون متفوقاً في مواد معينة ومتوسطاً أو دن المتوسط في مواد أخرى.

١٢- يظهر تفوقاً أكثر في تحصيله للمواد النظرية، ويقل تفوقه في نواحي النشاطات اليدوية.

١٣- يتطلع إلى المستقبل بتفاؤل، ويهتم بالتنقيب والبحث عن أصل الأشياء والقدر والموت.

١٤- يتفوق الأولاد على البنات بصورة عامة في الحساب والهجاء والعلوم والتاريخ، أما البنات فإنهن أكثر تفوقاً على الأولاد بعد السنة العاشرة من العمر في القدرات اللغوية.

تعد فقرات القائمة أعلاه خصائص الطفل الموهوب العقلية والتي يمن للمعلم والأب مقارنة أي طفل بتلك الخصائص لتحديد مستواه العقلي.

أجرى باري زميران (١٩٩٠) دراسة حول فروق الطلبة بتحكم الذات في التعلم. اتخذ من متغيرات المرحلة الدراسية والجنس والموهبة لتقدير الذات متغيرات لها شملت الدراسة تلاميذ مدرسة واحدة للموهوبين، وثلاث مدارس نظامية، ثم اختيارها عشوائياً، ثلاثون تلميذاً للمرحلة الخامسة وثلاثون للمرحلة الثامنة وثلاثون تلميذاً للمرحلة الحادية عشرة لأطفال موهوبين في مدينة نيويورك، وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:



١- يـــزداد إدراك التلاميذ لقدراتهم الأكاديمية خلال سنوات التعليم الابتدائي مقارنة بـــإدراكهم للكفـــاءة الأكاديمـــية، وهذا ربما يعود إلى الإجراءات التي اتخذها المعلمون في المجال التعليمي والتقني.

٢- أظهـــر التلامـــيذ الموهوبـــون في وقت مبكر مستوى عالياً جداً لقدرات الذات الذهنـــية (خصوصـــاً فـــي الجانـــب اللغوي) الذي أظهر دافعاً خارقاً للعادة، وإنجـــاز هـــؤلاء التلامـــيذ ربما يعود لاستثارة المعلمين لمقاييس قدرة الذات لتحسين فهم التلاميذ، إضافة لتحسين تحديد مجالات التلاميذ الموهوبين.

٣- يعـــد الاهـــتمام بالأطفـــال الموهوبين استثماراً مهماً للتعلم الاستراتيجي، والذي اتخذ من تصميم فردية التعلم المستقل، والعمليات السلوكية المبرمجة والظروف البيئية الحسنة التي تحيط بالطفل والتي تعد جديرة بالاهتمام. ونتيجة لذلك فقد ظهـــر من خلال إنجاز هؤلاء التلاميذ أهمية استقلالية الذات في التعلم بهدف إعـــداد التلامـــيذ الموهوبين ورعايتهم ليصبحوا أكثر المتعلمين فاعلية، وهذه النـــتائج أظهـــرت أيضاً أن إدراك التلاميذ للفروق الأكاديمية يمكن تحسينها وتطويرها كبداية مهمة لفهم الفروق الفردية بين التلاميذ في التعلم والدافعية.

ب- الخصائص الجسمية:

١- الأطفال الموهوبين أكثر وزناً وطولاً من الأطفال الأسوياء.

٢- يتمتع الطفل الموهوب بصحة جسمية قوية وتغذيته جيدة.

٣- يكون خالياً من الاضطرابات العصبية.

٤- يكون متقدماً إلى حد ما في نمو عظامه.

٥- ينضج مبكراً قياساً لأطفال سنه من الأسوياء.

ج- الخصائص الانفعالية:

١- يتصـــف الطفل الموهوب بالثقة في النفس، ويمكنه أن يقاوم إذا وجد في موقف يغريه بالغش.

٢- لا يميل إلى التباهي واستعراض معلوماته.

٣- إذا وصلت نسبة ذكائه إلى (١٥٠ درجة) يميل إلى أن يكون قائداً في جماعته، وإذا زادت نسبة ذكائه عن ذلك، فإنه يكون أكثر تقدماً في أفكاره قياساً بأقرانه. وإذا كانت نسبة ذكائه أكثر من (١٦٠) أو (١٧٠) فإنه يميل إلى العمل واللعب بمفرده.

خامساً: ميول الطفل الموهوب:

أ- اللعب:

١- يمـــتلك الطفـــل الموهـــوب نفس الميول التي يمتلكها أقرانه في اللعب، إلا أنه يفضـــل الألعـــاب التـــي يمارسها الأفراد الكبار منه سناً بسنتين أو ثلاث، لأن عمره العقلي أكبر من عمره الزمني.

٢- يفضـــل الألعـــاب التـــي تخضع لقوانين وقواعد، والألعاب المعقدة التي تتطلب تفكيراً.

٣- يتمتع بممارسة الألعاب في الهواء الطلق، شأنه شأن الأطفال العاديين.

٤- يفضل الألعاب التي لا تحتاج إلى مجهود عضلي كبير.

٥- يصور صغار الأطفال من الموهوبين لأنفسهم رفاقاً في الخيال.

ب- في مجال القراءة:

١- يمـــيل الأطفـــال المتفوقون عقلياً إلى القراءة، وتشير بعض هواياتهم إلى وجود مـــواهب، ولكـــن قد لا تتيح ظروف البيئة والبرنامج المدرسي إظهار الميول الخاصة للطفل الموهوب.

٢- يظهـــر الأطفال الموهوبون تفوقاً على غيرهم في القراءة والتي تتمثل في العلوم والتاريخ والتراجم والقصص والشعر والتمثيليات، بينما يكون ميلهم قليلاً نحو قراءة المغامرات والقصص.

٣- يميلون إلى قراءة كتب الكبار ومجلاتهم، بينما يقل ميلهم نحو قراءة الكتب ومجلات الأطفال الذين هم بنفس أعمارهم.

٤- في السنة الثامنة أو التاسعة من العمر يميل الأطفال الموهوبون إلى القراءة، ويقضون ثلاثة أمثال الوقت الذي يقضيه زملاؤهم من الأسوياء لنفس العمر. ويميل الموهوبون إلى القراءة في كل مراحل أعمارهم.

٥- يمتلك الطفل الموهوب مدى أوسع في الاهتمامات، ففي البيت يصرف جزءاً كبيراً من وقته في القراءة، ويتعمق في المواضيع الثقافية التي لم تكن إطلاقاً ضمن مفردات المنهج، وهواياته نماذج صريحة لبنائه العلمي مع وجود محاولات تجريبية في الكيمياء والكهرباء وملاحظة النجوم ما أمكن ذلك.

٦- يظهر الأطفال الموهوبون ميلهم إلى العلوم أكثر من الأطفال الأسوياء، فهم يمارسون بعض الهوايات كجمع الحشرات والقواقع والعملات والصور والطوابع.. كما أنهم يظهرون ميلاً نحو العزف والموسيقى، كما برزوا في المسرحيات والكشافة والتاريخ القديم.

ج- في مجال النشاط العقلي والاجتماعي:

في دراسة مقارنة للميول في مجال النشاط العقلي والاجتماعي بين الأطفال الموهوبين والعاديين أظهرت النتائج التالية:

١- ٩٠٠% من الأطفال للميول في مجال النشاط العقلي والاجتماعي بين الأطفال الموهوبين والعاديين أظهرت النتائج التالية:

٢- ٨٤% من الأطفال الموهوبين يزيدون عن العاديين في الميول الاجتماعية.

٣- كلما تقدم الأطفال الموهوبين في العمر، زادت ميولهم وتنوعت مع تقدم قليل في الميول الاجتماعية.



أجـري سشـندر وآخـرون عام (١٩٨٩) دراسة حول العلاقات الاجتماعية للأطفـال الموهوبـين، حيث اختبرت الدراسة التأثيرات الاجتماعية والفردية للقدرة الأكاديمية الاستثنائية في التشريعات التربوية في كندا.

شـملت الدراسـة تلاميذ المرحلة الخامسة والثامنة والعاشرة وبعينات متفاوتة بـتفاوت المراحل الدراسية، ومتغير الدراسة وكانوا على نوعين: تلاميذ موهوبون فـي فصول نظامية، وتلاميذ موهوبون مندمجون مع بعضهم، ودرست أهم النتائج حسب المتغيرات التالية:

١- مفهوم الذات: كانت القدرة المعرفية الملاحظة لمفهوم الذات مختلفة في المجاميع الضـابطة، حيث كانت لمجموعة الموهوبين المندمجين أعلى مما حصلت عليه المجمـوعة الضـابطة المطابقة في المرحلة الثامنة. أما أثر مكانة المدرسة في الموهوبين، فقد كانت الفروق ذات دلالة موجودة في القدرة المعرفية الملاحظة لتلامـيذ المرحلة الخامسة والثامنة، حيث أظهر التلاميذ منخفضي الذات قدرة أقل من الناحية الأكاديمية عن نظائرهم في الفصول المندمجة.

٢- رضـا الـرفاق: لوحظ من قبل الرفاق. أن الأطفال الموهوبين المندمجين أكثر رضـا وقـدرة مـن الناحية الاجتماعية، وأكثر قدرة على المهارة القيادية عن المجاميع الأخرى ماعدا المرحلة الخامسة.

٣- فـروق الجـنس والـذكاء: لم تظهر الدراسة دلالة لتفاعل مكانة الموهوبين مع متغيـر الجـنس عكـس المـتوقع، وظهر أن الأطفال اللامعين بين مجموعة الأطفال المندمجين أقل ميولاً لبنود القدرة الاجتماعية.

٤- الاتجاهـات نحـو المدرسـة: لـم تكن هناك فروق دالة حول الاتجاهات نحو المدرسة بين الأطفال الموهوبين وغير الموهوبين فإن هناك فروقاً بين المرحلة الدراسـية والجـنس. فكـان كـلا الجنسين في المراحل العليا أقل اتجاهاً نحو المدرسـة، وكـان هـذا أكثر وضوحاً عند البنات في المرحلة الخامسة، وكان الأكثر سلبية في الاتجاه نحو المدرسة في المرحلة العاشرة.

يظهـر ممـا تقدم في هذا الفصل أن الأطفال الموهوبين خصائص إيجابية في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية. مما يساعدهم على التكيف السليم وإمكانـية استـثمار قـدراتهم وإمكانـياتهم الخاصة. فيما لو توفرت لهم الظروف المناسبة بهدف الاستفادة منهم في تقدم المجتمع وتطوره.

سادساً: قائمة السمات الشخصية والخصائص السلوكية للموهوبين والمتفوقين:

يقتـرح المؤلـف فـيما يلي قائمة بالسمات الشخصية والخصائص السلوكية المميزة للموهوبين والمتفوقين في المجالات التالية:

١- مجال الدافعية.

٢- مجال الموهبة الفنية التشكيلية.

٣- مجال الموهبة القيادية.

٤- مجال موهبة التفكير الإبداعي.

٥- مجال الموهبة الأدبية.

٦- مجال الموهبة النفسحركية (الرياضية).

٧- مجال الموهبة الموسيقية.

وقـد أمكـن استخلاص هذه السمات والخصائص من نتائج البحوث المتصلة والأدوات المشـابهة، والخبـرة الميدانية. ويمكن الاسترشاد بهذه القائمة في الكشف المبدئـي والتعرف على الموهوبين من قبل المعلمين وأخصائيو الأنشطة والمجالات النوعـية المخـتلفة للموهبة بحيث يجاب عن كل عبارة من العبارات المتضمنة في كل مجال بناء على مدى تواترها في سلوك الطفل بعد ملاحظته.

أولاً: مجال الدافعية:

١- يعمل من تلقاء نفسه، ويجد ما يستثمر فيه وقته حتى ولو لم يدفعه أحد لذلك.

٢- واثق من نفسه، وقد يبدو عنيداً يصعب أثناءه عن رأيه.

٣- مثابر ويعمل بجد وعزيمة لإنجاز ما يوكل إليه من أعمال.

٤- طموح ويعرف كيف يحقق أهدافه بنفسه، وبغير اعتماد على أحد.

٥- متحفز للعمل، ولديه دوافع ورغبة داخلية قوية للتعلم والإنجاز.

٦- سريع الملل من الأعمال والتكليفات الروتينية التي يغلب عليها التكرار والآلية.

٧- يفكر في المستقبل، ويخطط لتحقيق أهدافه.

٨- لديه مقدرة على الانهماك في العمل لفترات طويلة.
٩- مستقل في تفكيره وأحكامه وتصرفاته.
١٠- أقل امتثالاً للسلطة واكتراثاً بالأعراف السائدة والقوالب الجامدة.
١١- إيجابي وشديد الشعور بالمسئولية.
١٢- يفضل العمل مستقلاً ولا يبدي ترحيباً بالمشاركة الجماعية.
١٣- يستمتع بالمهام الصّعبة التي تستثير استعداداته وتتحدى مقدراته.
١٤- ميال للمغامرة والمخاطر.

ثانياً: في مجال الموهبة الفنية الشكيلية:

١- واسع الخيال.
٢- يقدم حلولاً فريدة للموضوعات والمشكلات.
٣- قادر على تكييف الأشكال والرموز البصرية بما يتلاءم مع الموضوعات.
٤- يبتكر وحدات وأشكال متنوعة.
٥- يحقق علاقات تركيبية وبنائية في أعماله الفنية.
٦- يعبر في أعماله عن موضوعات متنوعة.
٧- ماهر يدوياً في استخداماته للأدوات والخامات.
٨- لديه حصيلة غير عادية من المفردات الشكلية البصرية.
٩- لديه مقدرة فائقة على الانتباه البصري للأشكال والهيئات.
١٠- لديه ذاكرة بصرية قوية.
١١- قادر على التمييز البصري وملاحظة التفاصيل والاختلافات في الأشكال.
١٢- مثابر وينهمك في عمله الفني لفترة طويلة.
١٣- حساس جمالياً نحو الطبيعة والبيئة ويرى فيهما ما لا يراه الشخص العادي.
١٤- يفاضل بين الأشياء والأشكال على أساس فني جمالي.
١٥- قادر على إبراز عنصر الحركة في رسومه، وعلى استخدام المفردات الشكلية.
١٦- قادر على التجريب في الخامات.

١٧- يعبر عن الأفكار المجردة في تمثيلات بصرية.

١٨- ينتج أعمالاً فنية تتميز بالتنوع والوحدة والتوازن والانسجام.

١٩- شغوف بتأمل الأعمال الفنية وتذوقها دراستها.

٢٠- قادر على التعبير عن مشاعره وخبراته عن طريق الفن.

ثالثاً: في مجال الموهبة القيادية:

١- يتحمل المسئولية ويوثق به.

٢- متعاون مع زملائه.

٣- يتمتع بمرونة تكيفية مع المواقف.

٤- يستمتع بالألعاب المعقدة.

٥- واثق من نفسه وجريء.

٦- اجتماعي.

٧- يعبر عن نفسه وأفكاره بدقة.

٨- قادر على التأثير في الآخرين.

٩- يشارك بفاعلية في الأنشطة.

١٠- محبوب من أقرانه.

١١- قادر على التخطيط وتنظيم العمل.

١٢- منضبط ونشيط ومُنجز.

١٣- يؤثر صحبة الآخرين على العزلة.

١٤- قادر على حل المشكلات.

١٥- قوي الشخصية.

١٦- يتدخل لمساندة الآخرين.

١٧- قادر على المناقشة.

١٨- قادر على التصرف في المواقف.

رابعاً: في مجال التفكير الإبداعي والإبداعية:

١- يقدم أفكاراً جديدة ونادرة.

٢- مستقل في تفكيره وأحكامه.

٣- يطرح عدداً وفيراً من الحلول.

٤- فضولي وشغوف بالمعرفة.

٥- مقدام ومخاطر.

٦- يتمتع بروح الدعابة.

٧- ذو طبيعة حساسة نحو الجمال.

٨- لا يتقبل الأفكار دون نقد.

٩- قادر على استخدام بدائل مختلفة.

١٠- جريء ويطرح وجهة نظره بصراحة.

١١- واسع الخيال.

١٢- مهتم بتعديل الأشياء.

١٣- دائم التساؤل عن الأشياء.

١٤- قادر على تخطي الخطوات المتعارف عليها في التسلسل العادي للتفكير.

خامساً: في مجال الموهبة:

١- لديه حصيلة لغوية تفوق عمره.
٢- يهتم بقراءة الكتب والقصص.
٣- قادر على الوصف والتحليل.
٤- يبحث عن مغزى الأشياء والأحداث.
٥- سريع الحفظ للأشعار.
٦- يتلاعب بالكلمات.
٧- يبدي طلاقة لفظية وفكرية.
٨- ذو ذاكرة لفظية قوية.
٩- يستخدم الصور الحسية ليعبر عن أفكاره.
١٠- ذو حساسية لغوية.
١١- واسع الخيال.
١٢- لغته اللفظية معبرة وعميقة.
١٣- له محاولات لكتابة القصة أو الشعر.
١٤- يبتدع نهايات غير مألوفة للقصص.
١٥- قادر على سرد الأحداث والمواقف بأسلوب مشوق وجذاب.

سادساً: في مجال الموهبة النفسحركية:

١- ذو مقدرة عالية للتوافق الحركي.
٢- مقدرة عالية على التحمل العضلي.
٣- يتمتع بالطاقة والحيوية.
٤- شغوف بممارسة الرياضة.
٥- ذو بنية وتكوين جسمي رياضي.
٦- ذو لياقة بدنية عالية ومرونة.
٧- ذو مقدرة عالية على التركيز والانتباه.
٨- أداؤه الحركي دقيق وسريع.
٩- أداؤه الحركي رشيق ومتوازن.
١٠- ذو مهارات حركية أساسية للعبة ما.
١١- واثق من نفسه وطموح.
١٢- ذو رغبة قوية في التعلم الحركي.
١٣- ذو ميول واتجاهات إيجابية للعبة ما.
١٤- مثابر ومنضبط وذو عزيمة.
١٥- قادر على تحمل الضغوط.
١٦- يتحلى بروح رياضية.

سابعاً: في مجال الموهبة الموسيقية:

١- شغوف بالاستماع للموسيقى.
٢- حساس سمعياً.
٣- يحفظ الألحان ويتذكرها بسهولة.
٤- يبدي مهارة في العزف على الآلات.
٥- يعيد عزف الألحان بدقة ومهارة.
٦- يبتكر أعمالاً موسيقية.
٧- لديه ذاكرة سمعية قوية.
٨- شغوف بالموسيقى والأغاني.

مراجع الفصل السادس

١- المليجي، حلمي (بدون تاريخ): علم النفس المعاصر، دار النهضة العربية، بيروت.

٢- جالجـــر، جـــيمس ج (١٩٧٦): الطفل الموهوب في المدرسة الابتدائية "ترجمة سعاد نصر فريد، الهيئة المصرية العامة للكتاب مع مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر، القاهرة- نيويورك.

٣- شـــفيل، ماريان (١٩٩٥): الطفل الموهوب في الفصل الدراسي العادي، ترجمة محمد نسيم رأفت، دار النهضة العربية بالاشتراك مع مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر، القاهرة- نيويورك.

٤- طه، فرج عبد القادر وآخرون (بدون تاريخ): معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

٥- ياسمين، عطوف محمود (١٩٨١): اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال، دار الأندلس، بيروت.

6- Burt, S.C. (1974): The Gifted Child, in MK. Pringle and U.P. Varma; Advances in Educational Psychology; University of London Press, Ltd., U.K.

7- Kalusmeir, H.J. and Goodman W. (1971): Learning and Human Abilities Education Psychology. Happer and Row Publisher, New York, U.S.A.

8- Laycock, S.R. and Muntro, B.C. (1974): Educational Psychology: Unwin Brothers LTD. U.K.

9- Mira, M. Helena Novaes (1989): The Challenge of Gifted Education in Brazil, In gifted Educational International A.B., Academic Publishers U.K. Vol.6.

10- Passow Harry and Schiff, Jacob, H. (1989): Educating Gifted Persons Who are Caring and Concerned: in Gifted Educational International A.B. Academic Publishers. U.K. Vol.

الفصل السابع

الاضطـــــرابات الحــــــسية

أولاً : الإعاقة البصرية.

ثانياً: الإعاقة السمعية.

ثالثاً: الإعاقة الحركية.



الفصل السابع
الاضطـــــرابات الحـــــسية

أولاً: الإعاقة البصرية:

مقدمة:

إن أية دراسة تتناولَ تربية المكفوفين وغيرهم من غير القادرين بدنياً لا تكتمل بدون تناول أهم الخصائص النفسية لهذه الفئة ومن ثم فإن هذا الفصل سوف يتعرض للخصـــائص النفســـية للمكفوفـــين من ناحية أسباب فقد البصر والسمات الشخصية للمكفوفـــين كالســـمات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وذلك حتى تكتمل الأسس النظرية لهذا البحث في الحدود التي رسمتها أهدافه.

وإن الاهـــتمام بالمشكلات النفسية والاجتماعية التي يواجهها المكفوفين يهدف إلـــى وضـــع الأسس والقواعد المنهجية التي من شأنها أن ترقى بمستواهم المعنوي وإعداده. ليحيا حياته الطبيعية في المجتمع.

وعـــندما يـــبحث المبرر النفسي للعناية بتربية الأطفال المكفوفين فإنه يتمثل في أن هـــذه المرحلة تمثل الأساس الذي يعتمد عليه كل ما يتلوها من مراحل النمو في المســـتقبل، فيتم إرساء الأساس الذي يقوم عليه بنيان شخصية الطفل المكفوف وما يتضـــمنه هـــذا البنـــيان من قيم واتجاهات تحدد نوعية وطريقة سلوكه في مستقبل حياته، وبالتالي مدى صلاحيته كمواطن صالح في المجتمع. حيث لا يكتفي الشعور بالإعزاز والانتماء لوطنه وإنما يتميز بالفهم الواعي لما يجري في عمره من أحداث وما يسوده من اتجاهات فهما يمكنه من الإسهام الفعال في مجتمعه.[١]

وهناك العديد من الندوات العالمية والمؤتمرات التي اهتمت بتربية المكفوفين، وطـــرق العناية بهم ووقايتهم وتعليمهم وتثقيفهم وما يشاهد ويقرو في مختلف وسائل الإعـــلام خصوصـــاً على صفحات مختلف أنواع الصحف والمجلات سواء اليومية أو الأســـبوعية أو الشـــهرية فإنها لا تخلو من كلمة أو موضوع أو دراسة أو بحث

يخص تربية المكفوفين، مما يشير بدلالة واضحة إلى تطور الوعي نحو أهمية الاهتمام بتربية الطفل المكفوف وإلى ضرورة تعليم ورعاية وحماية وتثقيف الطفل المكفوف، بحث مشكلاتهم وحاجاتهم وإيجاد أنسب الحلول لها، وما يتناسب مع قدراتهم مما يحقق لهم أفضل الظروف التي تعمل على نموهم ورفعتهم ونشأتهم في ظل حياة سليمة واعية.

المكفوف (التعريف اللغوي):

- المكفوف من الناحية اللغوية:

تتردد كثير من الألفاظ كالأعمى والضرير والمكفوف أو الكفيف ويشير لفظ أعمى في مختار الصحاح إلى أن العمى هو فقدان البصر. وكلمة ضرير تعني العمى والرجل الضرير هو الرجل الفاقد لبصره.

وكلمة المكفوف أو الكفيف فأصلنها الكف ومعناها المتع، والمكفوف هو الذي فقد بصره.[٢]

- المكفوف مفهومه في اللغة العربية:

هناك كثير من الألفاظ والمفاهيم أطلقت في اللغة العربية للدلالة على كف البصر وبعضها ورد في القرآن الكريم من هذه المفاهيم ما يلي:

- **الأعمى:**

وهي مأخوذة من العماء هي الضلالة، والعمى يقال في فقد البصر أصلاً وفقد البصيرة مجازاً، لقوله تعالى "عبس وتولى أن جاءه الأعمى" صدق الله العظيم- سورة عبس- الآية ٢٠١.

- **الأعمه:**

وهي مأخوذة من العمة، والعمه كما في لسان العرب التحيز والتردد لقوله تعالى "لعمرك أنهم لفي سكرتهم يعمهون"- صدق الله العظيم- سورة الحجر- الآية ٧١.

* **الضرير:**

بمعنى الأعمى لأن الضرارة هي العمى والرجل الضرير هو الذي فقد بصره، لكننا نجد الكلمة مأخوذة من الضرر وهي سوء الحال، أما في نفس الشخص لقلة الفضل والعلم وأما في نفسه لعدم جارحه أو نقص وإما في حالة ظاهرة من قلة مال وجاه ويقال رجل ضرير: أي مريض. ولا شك أن معنى الضرر وهي الشر وسوء الحال مما لا يحسن بنا أن نألف استعماله في وصف هذا الشقيق الكفيف.

* **العاجز:**

وتطلق على الأعمى لعجزة عن القيام بالأشياء التي يستطيع أن يقوم بها المبصر والعجز نقيض القدرة ويسمى العجوز بهذا اللفظ لعجزه عن القيام بكثير من الأمور التي يستطيع الشاب أن يقوم بها.

* **الأكمه:**

وهذه الكلمة مأخوذة من الكمه وهي العمى منذ الميلاد أي الشخص الذي يولد مطموس العينين.

* **الكفيف:**

وهذه الكلمة مأخوذة أصلاً من الكف ومعناها المنع والكفيف هو الضرير وجمعها مكافيف.

– تعريف المكفوفين تربوياً:

المكفوفين بصرياً هم فئتان:

أ– المكفوفين:

أما الذين فقدوا حاسة البصر أو كان بصرهم من الضعف بدرجة يحتاجون معها إلى أساليب لا تعتمد على استخدام البصر ولا يستطيعون التعامل البصري من مستلزمات الحياة اليومية بالقدر الذي يتيح لهم الأخذ والعطاء في يسر وكفاءة نسبية. (٣)

ب- ضعاف البصر:

أي الـــذين لا يمكـــنهم بســـبب نقص جزئي في قوة الإبصار متابعة الدراسة العادية ولكن يمكن تعليم بأساليب خاصة تساعدهم في استخدام البصر.

المكفوف في نظر التربية الخاصة:

المكفوف في نظر التربية الخاصة هو الشخص الذي يعجز في استخدام بصره في الحصول على المعرفة، ولكن يمكنه الحصول عليها عن طريق حواسه الأخرى وخاصـــة حاســـة السمع. فالمكفوف يعجز عن استخدام بصره في عملية التعليم بما يستدعي تعديل الخدمات التربوية اللازمة لنموه وبأسلوب يتفق مع ذلك العجز.[٤]

ومـــن هـــنا يتضح لنا أن المكفوفين فئات مختلفة، حيث أنه توجد فئة مكفوفة كلـــية وفئة مكفوفة جزئياً وتنقسم كل فئة بدورها إلى فئتين حسب السن الذي يفرض لـــه أو حـــدث فيه الإصابة بالعمى، أي أن هناك مكفوفين كلية بالولادة، ومكفوفين كلـــية أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة، وتحديد تلك الفئات المختلفة هام جداً لوضع كـــل فـــئة مـــن فئات المعوقين بصرياً في المكان المناسب وتقديم التأهيل التربوي والمهني المناسب لها. وهناك تعريفات للمكفوفين في البلاد المختلفة نورد منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

التعريفات القانونية:

يهـــدف هـــذا النوع من التعريفات إلى تحديد مدى أهلية الأفراد الذين يشملهم التعـــريف للحصـــول على التسهيلات والحقوق والضمانات المدنية التي يكفلها لهم القانـــون كمواطنـــين، مـــثل الخـــدمات الصـــحية والطبية والتعليمية، والاجتماعية والتأهيلية والتشغيلية والدعم المادي وغيرها.

أ- الأعمى Blind :

مـــن أكثـــر تعريفاته شيوعاً ما ينص على أن الشخص يعد أعمى إذا ما كانت حـــدة إبصـــاره المركـــزية تساوي- أو تقل عن ٢٠/٣٠٠ قدماً بالنظام الإنجليزي

(أي ٦٠/٦٠ متـــر بالنظام المتري) في أقوى العينين، وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجـــراء التصـــحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصـــقة، أو هـــو مـــن لديه حدة غبصار مركزي تزيد عن ٢٠٠/٢٠ قدماً، لكن يضـــيق أو يتحدد مجال إبصاره بحيث لا يتعدى أوسع قطر لهذا المجال ٢٠ درجة بالنسبة لأحسن العينين.

ويتضـــح لـــنا مـــن التعريف السابق أنه يحدد العمى في إطار مفهومين هما: حدة الإبصار وتعني مقدرة المرء على رؤية الأشياء وتمييز خصائصها وتفاصيلها، ومجـــال الرؤية وهو المحيط الذي يمكن للإنسان الإبصار في حدوده، دون أن يغير في اتجاه رؤيته أو تحديقه.

كمـــا يتبـــين مـــن التعريف أن الشخص الأعمى هو من يرى على مسافة ٢٠ قـــدماً (ســـتة أمـــتار) ما يراه الشخص المبصر على مسافة ٢٠٠ قدماً (أي ستون متراً).

ب- ضعاف البصر أو المبصرين جزئياً:

وهـــم من تتراوح حدة إبصارهم المركزية بين ٧٠/٢٠ (٢٠/٦ متراً) و٢٠٠/٢٠ (٦٠/٦ متـــراً) في أقوى العينين، وذلك بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة بالنظارات أو العدسات اللاصقة.

تعريفات الإعاقة البصرية في بلدان العالم:

- تعريف المكفوفين في الولايات المتحدة الأمريكية:

تحدد الولايات المتحدة الأمريكية معنى الكفيف على أنه الشخص الذي لا تزيد حـــدة إبصاره عن ٢٠٠/٢٠ بمقياس سنلن Snellen في العين الأقوى أو العينين معـــاً بعـــد العـــلاج والتصحيح بالنظارة الطبية أو قد تزيد عن ٢٠٠/٢٠ ولكن مع وجـــود قصـــور في العلاج البصري بحيث يكون أوسع قطر للمجال البصري في العين الأقوى يقل عن زاوية مقدارها ٢٠ درجة.(٥)

- **تعريف المكفوفين في فرنسا:**

يعتبـــر الشـــخص كفيفاً إذا كانت قوة إبصاره ١/٢٥، وهذا هو الحد الأقصى للقبول بمدارس المكفوفين هناك.

- **تعريف المكفوفين في كندا:**

يعتبر الشخص كفيفاً عندما تكون حدة إبصاره بعد التصحيح بالعدسات الطبية ٦/١٠ أو أقل أو يكون مجال الإبصار في كلتا العينين أقل من ١٠ درجات.

- **تعريف المكفوفين في بريطانيا:**

يعتبـــر الشـــخص كفيفاً إذا لم يبصر إطلاقاً أو إذا كان إبصاره متخلفاً بدرجة تفـــرض تعلـــيمه بطـــرق معينة لا تعتمد على الإبصار أو إذا كان يخشى أن يعتبر إبصاره كذلك في المستقبل.

- **تعريف المكفوفين في فنلندا:**

الشـــخص الكفـــيف هـــو الشـــخص الذي لا يستطيع أن يجد طريقه في مكان مجهول بسبب ضعف بصره.(٦)

- **تعريف المكفوفين في جمهورية مصر العربية:**

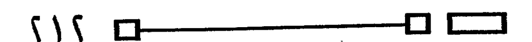
المكفوفين في جمهورية مصر العربية يقوم على الشروط التالية:

١- فقد البصر التام.

٢- حـــدة الإبصـــار أقل من ٦/٦٠ في العينين معاً أو في العين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارات الطبية.

ويقصـــد بـــ ٦/٦٠ أن الشيء الذي يراه الشخص السليم على بعد ٦٠ متر يجب أن توضح للشخص أعصاب على بعد ٦ أمتار.(٧)

نلاحظ مما سبق أن كل دولة من دول العالم تعرف المكفوفين يختلف من دولة إلـــى أخـــرى. وبعض التعريفات قد تتشابه وبعضها الآخر قد يختلف من دولة إلى أخـــرى. وهـــذا الاختلاف قد ينشأ من مشكلات المصلح الوظيفية حيث تحاول كل



دولـــة من هذه الدول جاهدة على تقديم الاحتياجات لهؤلاء الأفراد وتقديم التيسيرات والخـــدمات الاجتماعـــية والتربوية. وهذه التعريفات التي عرفها الباحث من خلال الدول المختلفة ترتبط بالسياسة التعليمية بالدولة.

– تعريف المكفوفين من خلال وجهات نظر العلماء والباحثين:

ومن خلال ما سبق ضرورة تحديد مفهوم كف البصر من خلال وجهات نظر العلماء والباحثين من أجل التوصل إلى تحديد مفهوم إجرائي للمكفوف يتبناه الباحث في هذا السياق.

– يعرف هاريمان Harriman كف البصر بأنه:

كـــف البصـــر لا يعنـــي فقـــط الانعدام التام للإبصار، بل أيضاً كل درجات القصـــور البصري التي تكون من الشدة، بحيث تمنع الفرد من أن يضطلع بأنشطة الحياة العادية التي يكون فيها البصر ضرورياً. (٨)

– يعرف وولف Wolfe كف البصر بأنه

١– عدم القدرة على الرؤية.

٢– عدم التمكن من الملاحظة.

٣– عدم القدرة على الحكم على المرئيات.

٤– عدم امتلاك الطريق.

٥– العمل بواسطة أدوات تكون مرشدة لهم في الطريق.(٩)

– يعرف بلدوين Baldwin الكفيف بأنه:

الشـــخص الـــذي لديه نقص في القوة أو القدرة على الاستجابة إلى المثيرات البصـــرية بطريقة جزئية أو كلية، وقد يكون ذلك ناتجاً عن إصابة أو عجز في أي جـــزء مـــن الميكانزمات البصرية التابعة لشبكية العين أو في شبكية العين نفسها أو

فـــي العصب البصري أو في القشرة الدماغية أو في مركز القشرة الدماغية للرؤية أو عن هذه جميعاً. (١٠)

- يعرف كافا Kappa كف البصر بأنه:

أن تكـــون الـــرؤية منعدمة كلية أو تكون الرؤية محدودة جداً، حيث لا يمكن الاستفادة منها عملياً مثل التعليم. (١١)

- يعرف جولدن صن Golden Son كف البصر بأنه:

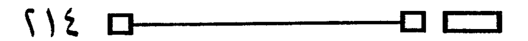
عـــدم القـــدرة على الرؤية ويعرف قانوناً درجة الإبصار ٢٠/٢٠٠ في العين الأقـــوى مـــع التصـــحيح، وأن معظم أسباب كف البصر عضوية ولكن يوجد كف البصر وظيفي أو نفسي، ويكون عادة كف البصر هستيري وأن دراسات الشخصية أشـــارت إلـــى أن الأشـــخاص الـــذين يـــولدون مكفوفي البصر لديهم مشكلات في الشخصية عن هؤلاء الذين فقدوا بصرهم في مرحلة متأخرة من الحياة. (١٢)

أهمية دراسة الوظائف النفسية لتربية المكفوفين:

إن عجـــز المكفـــوف عـــن الرؤية ينشأ عنه اختلاف بعض أنماط سلوكه عن ســـلوك العاديين، وآثار العجز البصري يؤثر على شخصية المكفوف ويفسح المجال لظهـــور ســـمات شخصـــية غير سوية في شخصية المكفوف في كثير من الأحيان كالانطـــواء والعـــزلة والمـــيول الانســـحابية. ويمكن بإيجاز تلخيص أهمية دراسة الخصائص النفسية لتربية المكفوفين فيما يلي:

١- المكفـــوف بحكـــم حرمانه من القدرة على الرؤية عاجز عن ممارسة كثير من ألـــوان النشاط التي يمارسها المبصر، ويظهر عجز المكفوف في حركته البطيئة الخالـــية مـــن الثقة بالنفس، فهو لا يتحرك بنفس السهولة والخفة والمهارة التي يتحرك بها المبصر، فحركة المكفوف تتم بالحذر والحيطة. (١٣)

٢- إن المكفـــوف يحصـــل علـــى خبراته عن طريق حواسه الأربعة وهي اللمس، والســـمع، والـــذوق، والشـــم، فهو يعتمد على حاسة اللمس في إدراك الحجوم



والأشـــكال وشتان بين ما تؤديه حاسة البصر، وحاسة اللمس لأن مدى ما تتطلع علـــيه العين يفوق كثيراً ما تستطيع حاسة اللمس أن تدركه بالإضافة إلى حاسة اللمـــس لا تســـتطيع إدراك المســـافات البعيدة كالعين أو إدراك الحجوم الكبيرة والألـــوان أو الأشـــياء المؤذية التي إذا لمسها المكفوف تعرض من لمسها إلى أذى، لهـــذا كان المكفوف في مجال الإدراك أقل خطأ من المبصر. فالعالم الذي يعيش فيه عالم ضيق محدود لنقص الخبرات التي يحصل عليها المكفوف.[١٤]

٣- إن المكفـــوف قـــد يتوصل بكل حواسه للانتقال من مكان إلى مكان، فبواسطة حاســـة الشـــم يمكـــنه تمييز الروائح المختلفة التي يمر بها ويتحسس الأرض بقدميه، وبواسطة حاسة السمع يستطيع تمييز الأصوات ويستخدم التقدير الزمني لقـــياس المسافات، ومعنى هذا أن المكفوف يبذل طاقة وجهداً أثناء حركته، مما يعـــرضه فـــي غالبية الأحيان للإجهاد العصبي والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل مما ينعكس أثره على شخصيته.

٤- المكفـــوف يميل إلى عدم الخوض في مغامرات استطلاعية قد تجلب له الأذى ولـــذا يكبت في نفسه دافعاً إنسانياً أصيلاً هو حب المعرفة واستجلاء ما حوله. ويتأثـــر المكفوف أشد تأثير من مواقف السخرية والأبعاد التي يقفها المبصرون منه. تتجلى هذه المواقف في عدم مشاركة المكفوف أو حتى ضعيف البصر في بعـــض ألوان النشاط التي يقوم بها المبصرون، والضحك عليه والسخرية منه، والمكفوف. يفسر هذه المواقف على أنها اضطهاد له وإساءة إليه.

٥- إن فقـــد البصـــر يؤثـــر على المكفوف في عدم قدرته على الاستثارة والتفاعل الوجداني في تلك العمليات التي تعتمد على رؤية الحركة والاستمتاع بالمشاهدة وفقـــدان المكفـــوف لـــذلك يجعله يعتمد على تصوره الذاتي لهذه المدركات مما يجعل من اليسير تصورات خاصة قد يشوبها الغموض والرهبة.[١٦]

٦- إن المكفـــوف فـــي بعـــض الأحيان يجد نفسه محاطاً بعطف الآخرين وشفقتهم ولاســـيما فـــي الأســـرة، ومن ثم تظهر الاتكالية في شخصيته بحجة أنه عاجز

والمكفــوف أميل إلى الانطواء والعزلة حتى يتفادى ما يوجه إليه من إهانات قد تمس شخصيته وكرامته.

٧- نجد المكفوف يتعرض لأنواع متعددة من الصراعات فهو في صراع بين الدافع إلـــى التمتع بمباهج الحياة والدافع إلى الانزواء طلباً للأمان، دافع إلى الاستقلال ودافع إلى الرعاية فهو يرغب من جهة أن تكون له شخصية مستقلة دون تدخل مـــن الآخرين، ولكنه في نفس الوقت يدرك أنه مهما نال من استقلال فإنه يظل إلى درجة محدودة لا يستطيع أن يتعداها مرتبطاً بمن حوله لخدمته ورعايته في بعض الأمور التي يستطيع بمفرده إنجازها. (١٧)

٨- نجــد أن المكفوف ينتابه نتيجة لهذه الصراعات أنواعاً من القلق فهو يخشى أن يــرفض ممن حوله بسبب تصوره ويخشى أن يستهجن الآخرون سلوكه وأفعاله وهــو في خوف دائم من أن يفقد حب الأشخاص الذي يعتمد أمنه على وجودهم ويخشـــى كـــذلك أن تقع له حوادث لا يمكنه تفاديها، ثم أنه يخشى الوحدة لأنها تشعره.

٩- المكفوف غير مدرك تماماً لبيئته المحيطة وإمكانيات هذه البيئة. ومن ثم فتكيفه مـــع هـــذه البيـــئة محصـــور في إطار ضيق تحدده مدى معرفته بها وهو دور يتــراوح بـــين المواقف التي تغلب عليها سمات المساعدة والمعاونة المصحوبة بالإشـــفاق وبين المواقف التي تغلب عليها سمات الإهمال والنبذ، ويترتب على هـــذه المواقف المتباينة إزاء المكفوف ردود أفعال تصدر عنه، قد تكون ملاءمة أو غير ملائمة.

أسباب فقد البصر:

تتعدد أسباب فقد البصر، منها ما هو وراثي وآخر بيئي، كما تختلف الأسباب مـــن بلـــد إلى آخر حسب ظروفها وإمكانياتها في رعاية أفرادها، ويمكن تناول ذلك بإيجاز فيما يلي:

١- أسباب وراثية:

الـــوراثة حصـــيلة المؤثـــرات الموجودة داخل الكائن الحي المتصلة بالتكوين الجينـــي. حـــيث إن هـــناك العديـــد من الأمراض التي تورث، وتؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الإبصار وكف البصر مثل أمراض الزهري والسكر وغيرها، كما أن مـــرض الجلوكوما وعمى الألوان، وكبر حجم القرنية وطول النظر وقصره من الأمراض التي يلعب فيها العامل الوراثي دوراً هاماً. [١٨]

إلـــى أن علمـــاء الـــوراثة الطبـــية يعتبـــرون أمـــراض النزيف (الهيموفيليا Hemophilia) والضـــعف العقلـــي والاستعداد للإصابة بمرض السكر والزهري الوراثـــي الـــذي تنتقل منه العدوى من الأب إلى الأم ثم إلى الجنين، كما أن النقص الوراثـــي فـــي إفـــرازات الغدة الدرقية يؤدي إلى نقص النمو الجسمي والعقلي وقد يؤدي إلى كف البصر. [١٩]

وإن العـــوامل الوراثـــية تؤثـــر في الجنين قبل الولادة، حيث قد تؤدي بعض الأمـــراض المـــوروثة إلـــى حدوث العتامة خلف عدسة العين التي تصيب الأطفال الذين يولدون قبل مولدهم الطبيعي. [٢٠]

٢- أسباب بيئية:

البيـــئة هـــي حصـــيلة المؤثرات الخارجية التي تلعب دورها منذ الحمل حتى الـــوفاة وتسير مع ذوي الوراثة منذ نشأتها في علاقة تفاعلية. والبيئة تشمل مؤثرات ما قبل الولادة، ومؤثرات أثناء الولادة، ومؤثرات ما بعد الولادة.

- مؤثرات ما قبل الولادة:

إن إصـــابة الأم مـــثلاً فـــي بداية الحمل بالحصبة الألمانية تؤدي إلى احتمال تعـــرض الجنين لإصابات العين والقلب، كما أن صحة الأم خلال فترة الحمل ونوع تغذيتها عاملان يتوقف عليهما ما إذا كان الطفل سيولد سوياً أو غير سوي.



- مؤثرات أثناء الولادة:

وهذا ما يحث إذا كان حجم المولود كبيراً بالنسبة للأم، أو الإهمال في النظافة أثـناء الـولادة، فمـثلاً عدم غسل عيني الطفل بالماء والصابون قد يؤدي للإصابة بالـرمد الصديدي وهو من عوامل فقد البصر، والطفل الذي يولد قبل موعد ولادته الطبيعية يمكن أن يصاب بنزيف في المخ.

- مؤثرات ما بعد الولادة:

هـذه الحـالات متعددة. منها حوادث السيارات، وإصابات العمل، وإصابات الحـروب، والجـروح، والإصابة بالأمراض الشديدة، مثل شلل الأطفال، والحمى الروماتيزمية والدرن وغير ذلك.

إن هناك أسباباً تشريحية تعطل العين عن أداء وظيفتها وتنقسم إلى قسمين:

أ- أسباب خارجية:

تـتعلق بكـرة العـين وتشـمل عيوب الأجزاء المكونة للعين كالطبقة القرنية والشبكية والعدسة.

ب- أسباب داخلية:

تـتعلق بالعصب البصري وبالمراكز العصبية في الدماغ وتشمل العيوب التي يصـاب بها العصب البصري، وتلف المراكز العصبية في الدماغ المخصصة لتلقي الإحساسات البصرية.

بعـد تناول أسباب فقد البصر بما هو وراثي وآخر بيئي والأسباب والظروف التـي تؤدي إلى كف البصر. بذلك يمكن التعرف على السمات الشخصية للمكفوف سـواء سـمات جسـمية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية وأثرها في بناء شخصية المكفوف.

٣- الأسباب التشريحية:

وهذه الأسباب قد تعطل العين عن أداء وظيفتها وتنقسم إلى:

١- أســـباب خارجـــية تعلق بالعين، وتشمل عيوب الأجزاء المكونة للعين كالطبقة القرنية والشبكية، والعدسة.

٢- أسباب داخلية تتعلق بالعصب البصري وبالمراكز العصبية بالدماغ.

وتشمل العيوب التي يصاب بها العصب البصري، وتلف المراكز العصبية في الدماغ المخصصة لتلقي الإحساسات البصرية.

ونذكر بعض أمثلة لهذه الإصابات:

- الحول Strabismus :

ويقصـــد بـــه صـــعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين، ويأخذ شـــكلين الأول توجـــيه كلتا العينين نحو الداخل والآخر العكس، ويكمن الخطر في الحـــول أنـــه قد يكون متقطع الحدوث عند بدايته، أي أنه قد يظهر أحياناً ولا يظهر أحـــياناً أخـــرى، كذلك فإن علاجه يجب أن يتم بسرعة، وتقل احتمالات الشفاء كلما تأخر العلاج، وقد يصبح العلاج مستحيلاً لو وصل لسن السادسة مثلاً دون علاج.

والعـــين المصـــابة بالحول عادة تضعف تدريجياً وتصاب بما يسمى التخاذل البصـــري أو الكســـل، فـــلا يعمـــل، ويقف أمامه فرص العمل في كثير من المهن والحرف.

- التشوهات الخلقية:

وأهمها تعتم العدسة الخلقي، وهو ما يسمى بالمياه البيضاء أو الكتاركتا الخلفية حـــيث يحدث تعتم عدسة العين تدريجياً، ويؤدي إلى صعوبة رؤية الأشياء تدريجياً، وقد يصل إلى الإعاقة البصرية الكلية، وتعتبر العوامل الوراثية أو الحصبة الألمانية أو الـــتقدم في العمر، أو أشعة الشمس الحارة، أو الحرارة الشديدة من العوامل التي تـــؤدي إلـــى إصابة العين وتعمل العمليات الجراحية على إزالة المياه البيضاء من العـــين، ومن ثم تركيب العدسات المناسبة من العوامل التي تقي الفرد من الإصابة بالإعاقة البصرية.

الجلوكـــوما أو المـــياه السوداء حيث يرتفع الضغط داخل العين مما يؤدي إلى زيـــادة حجـــم المقلـــة وفقـــد البصر، وإذا لم تشخص في وقت مبكر فقد يؤدي إلى صـــعوبة وصول الدم إلى العصب البصري، الأمر الذي يؤدي إلى كف القدرة على الإبصـــار، وتعتبـــر العوامل الرئيسية المسببة لإصابة العين بالمياه السوداء، وتعمل العمليات الجراحية، وأشعة الليزر على إزالة المياه السوداء من العين.

هـــذا بالإضافة إلى عيوب الانكسار مثل قصر النظر وأمراض العيون الناتجة عـــن ســـوء الـــتغذية، وأمـــراض الشبكة Retina Disorders وأمراض العدسة Lens Disorders والـــتهابات العين وغيرها (فاروق صادق، محمد أيوب، محمد عبد المؤمن، عدنان السبيعي، مختارة حمزة).

تصنيف الإعاقة:

هناك تصنيف للمعوقين بصرياً إلى مجموعتين:

١ – مكفوفون كلياً Totally Blind :

وهم الذين يمكنهم التعلم باستخدام الطرق الخاصة بهم فقط كطريقة برايل

٢ – مكفوفون جزئياً Partially Sighted :

وهـــم الذين يستطيعون قراءة بعض الحروف المكتوبة بخط كبير واضح، على أنـــه يمكـــن تقســـيم كل فئة بدورها إلى فئتين حسب السن الذي حدث فيه الإصابة بالعمى.

وبالتالـــي يكـــون هناك مكفوفون كلية بالولادة ومكفوفون كلية أصيبوا بالعمى بعـــد سن الخامسة أي مع بداية النمو الإدراكي، ونفس الشيء لفئة المكفوفين جزئياً (Baterman, 1967)، وهـــذا تصـــنيف آخـــر للمكفوفين أضافه (أوسدول وشان، ١٩٨٥) (في عبد العزيز الشخص، ١٩٩٤)، حيث ذكر أن بعض الباحثين توصلوا إلـــى وجود خمس مجموعات مختلفة من القدرة على الإبصار، داخل فئة المعوقين بصرياً التي يتم تصنيفهم طبقاً لمقياس سنان لقياس حدة الإبصار (لوحة العلامات)، وهي:



١- المكفوفــين كلياً: وهم الذين يستطيعون إدراك الضوء، وتقل حدة إبصارهم عن ٢٠/٢٠٠، بــيد أنــه لا يمكــنهم رؤية أي مثير بصري يوضع أو حتى يتحرك على بعد ثلاثة أقوام من أعينهم.

٢- مكفوفــون يستطيعون إدراك الحركة: وتصل حدة إبصارهم إلى ٥/٢٠ ويمكنهم عد أصابعهم من مسافة ثلاثة أقدام أمام أعينهم.

٣- مكفوفــون يســتطيعون القــراءة: وتصل حدة إبصارهم إلى ١٠/٢٠٠ ويمكنهم قــراءة العــناوين الكبيرة للصحف ولديهم بعض بقايا الإبصار تمكنهم من التنقل من مكان لآخر بمفردهم.

٤- مكفوفــون يســتطيعون القــراءة: وتصل حدة إبصارهم إلى أقل من ٢٠/٢٠٠ ويمكــنهم قــراءة الحروف المكتوبة بخط واضح (بنط ١٤)، كما يمكنهم قراءة عناوين الصحف.

٥- مكفوفــون يستطيعون القراءة: وتصل حدة إبصارهم ٢٠/٢٠٠، ويمكنهم قراءة الخــط الواضـــح (بنط ١٠) إلا أن حدة إبصارهم لا تكفي لممارسة مهام الحياة اليومية بصورة عادية.

الخصائص الشخصية للمكفوفين:

إن التعــرف علــى الســمات العامة التي يتميز بها المكفوف يساعد كثير من المــربين في تقديم العون التربوي بما يدعم النواحي الإيجابية لديه وينميها ويجد من السلبيات التي تعوق العملية التربوية. وتشمل السمات الشخصية للمكفوفين: السمات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية ومعرفة أثرها في بناء شخصية المكفوف.

أولا: الخصائص الجسمية وأثرها في بناء شخصية المكفوف:

مــن الحقائــق الثابــتة أن إدراك الشيء هو وجوده، بمعنى أن الأشياء تدرك وتــوجد طالمــا كانت حواسنا قادرة على الإحساس بها، وبهذا تصبح الأشياء كاملة الإدراك لمن كانت حواسه كلها سليمة.

وحـــيث أن المكفوف فقد أحد هذه الحواس فلابد أن يكون إدراكه للأشياء غير متكامل نتيجة لظروف الإعاقة وهو عدم الرؤية وينعكس ذلك على سلوكه.

والمكفـــوف لا يستطيع أن يعتمد على حاسة الإبصار ويعجز عن أداء الأعمال التـــي يـــؤديها غيره باستخدام هذه الحاسة، ويختلف المكفوفون في درجة الإبصار التـــي يحتفظون بها، كما يختلفون أيضاً في السن التي فقدوا فيها الإبصار فهناك من ولد كذلك ومنهم من فقد بصره قبل الخامسة أو بعدها.

واختيار سن الخامسة أساسه افتراض أن الطفل الذي فقد بصره قبل هذا السن لا يمكـــن الاحـــتفاظ بالصـــور البصرية لما كان يرى عندما يكبر وقد أيدت أبحاث زولتان Zoltan هذا الافتراض. (٢١)

ويقسم لونفليد Lowenfield المكفوفين إلى أربعة أقسام:

١- مكفوفون كلية ولدوا أو أصيبوا بكف البصر قبل سن الخامسة.

٢- مكفوفون كلية أو أصيبوا بكف البصر بعد سن الخامسة.

٣- مكفوفون جزئياً ولدوا أو أصيبوا بكف البصر قبل سن الخامسة.

٤- مكفوفون جزئياً أو أصيبوا بكف البصر بعد سن الخامسة.

ولكـــي تكتمل الصورة عن السمات الجسمية للمكفوفين نتعرض لبقية الحواس الخاصة بالمكفوفين.

١ – حاسة السمع:

إن الطفل المكفوف عند الولادة لديه قدرة عالية على تمييز الأصوات حيث أن حاسة السمع من أهم الحواس التي يتركز عليها المكفوف في كسب ثقافته وخبراته، ولكن السمع عند المكفوف، يختلف عنه عند المبصر، لأن المبصر يوجد علاقة بين ما يسمع وما يرى، ويختلف الحال عنه عند المكفوف الذي يسمع ولكن من الصعب علـــيه تحديـــد مصدر هذا السمع، لأن ذلك يتطلب اتصالاً مباشراً بمصدر الصوت وكثيـــراً مـــا يصعب عليه هذا الاتصال المباشر، في بعض الأحيان يستخدم حاسة

اللمس لتحقيق هذا الاتصال المباشر، كأن يتعرف على الأشياء الكبيرة أو التي تلحق به ضرراً، فالسمع يعطي صورة عن مقدار بعض الشيء واتجاهه ولكنه لا يفيد في معرفة طبيعة الشيء ولذا فإن وظيفته تقتصر على التفاهم والمعلومات الشفهية ومن المحتمل أن تنشأ علاقة اتصال مع الأذن قبل أن تصبح اليد قادرة على استكشاف الأشياء وتصورها.

ومن هنا تكون هذه الحاسة في حالة نشاط مستمر مما يساعد على نمو هذه الحاسة لدى المكفوفين عن المبصرين وقد أثبت الطفل المكفوف منذ الولادة أن لديه قدرة عالية على تمييز الأصوات.

٢- حاسة اللمس:

تحظى حاسة اللمس بالدرجة الثانية للمكفوف حيث يعتمد عليها في تمييز العوائق وتتبع تأثيرات الهواء أو الصوت أو انعكاس التنفس على جلده لتمييز العوائق، أي أنها حاسة الشعور بالأشياء عند ملامستها إياها، وتتركز هذه الحاسة في الجلد الذي يغطي الجسم من الخارج، وهي ضرورية للحماية.

ونجد أن حاسة اللمس تنبه الدماغ بمؤثرات نلمسها لتمييزها فإذا كانت ضارة نهرب منها وأو نافعة نسعى إليها، وتنقل هذه المؤثرات إلى مركز اللمس في الفص الجداري بالدماغ مستقبلات خاصة من ألياف عصبية في الجلد، عن طريق الأعصاب الطرفية لأجزاء الجسم المختلفة، وبناء على ذلك يمكن للدماغ أن يدرك المعلومات الآتية من هذه المؤثرات:

١- تحديد الجزء من الجسم الذي تعرض لهذا المؤثر الخارجي، حتى يستطيع حماية ذلك الجزء بتحريكه بعيداً عن المؤثر إذا كان ضاراً.

٢- معرفة نوع المؤثر فيميز الجسم الحاد المعدني من الأملس الناعم.

٣- الشعور بدرجة حرارة المؤثر.

٤- التفريق الحسي Tactile Discrimination فقد تطورت حاسة اللمس في راحة اليد، فأصبحت في غاية الدقة لاستطاعتها أن تشعر (بدبوسين) مثلاً إذا

أثـــر في جلدها دفعة واحدة على أنهما تشبيهان منفصلا. وهذه الدقة الحسية في لمـــس البـــروزات المتقاربة على أنها نقطة منفصلة هي أساس القراءة بطريقة برايل عند المكفوفين الذين يستطيعون تدريب حاسة اللمس في أصابعهم، لتمكن الدماغ من إبصار الحروف البارزة فيقرؤها الإدراك العقلي. (٢٢)

وأن حاســـة البصـــر هي الحاسة الأولى التي تميز الشكل والحجم والارتفاع والاتســـاع وبغياب هذه الحاسة تعاني حاسة اللمس شيئاً من التدهور حيث تفقد قدراً مـــن التفاصـــيل فلا يستطيع أي طفل مكفوف إدراك حجم وشكل شيء عن طريق حـــركة أصـــبعه مهما كانت محكمة ومتناسقة بينما يتعرف المبصر على العالم من حـــوله من خلال تحركات الأشياء حوله نجد المكفوف لا يدري ما يدور حوله وما تحسه يداه وقدماه ثم تدريجياً يتعرف على الأصوات والأشخاص ومنذ اللحظة التي يفقـــد فـــيها الشخص بصره يبدأ في تكوين الجزء الأكبر من فهمه لبيئته عن طريق اللمـــس، ففي البداية يكون جسمه مصدر الإثارة والاهتمام وهذا ما يضايق من يقوم بالـــتدريس للمكفوفـــين ثـــم بالتدريج يستبدل الطفل المكفوف جسمه بأنشطة أخرى تصـــبح مصدر اهتمامه وعموماً يميل الطفل المكفوف إلى تحسس الأشياء البسيطة لا المعقدة. (٢٣)

٣- حاسة الشم:

تتركـــز حاســـة الشـــم في الغشاء المخاطي المبطن لا على تجويف الأذن في مـــنطقة تختلف لونها عن باقي الغشاء المخاطي، وتعتمد على الغازات التي تنبعث مـــن المادة، وتصل إلى الأنف مع هواء الشهيق ثم تذاب في إفرازات الأنف لتؤثر فـــي نهايات الأعصاب الخاصة بالشم التي توصلها بدورها إلى مركز الشم بالفص الصدغي من الدماغ.

وبـــتدريب حاســـة الشـــم بالنســـبة للمكفوفين يستطيع استعمالها كوسيلة فعالة للكشـــف عـــن الأشـــياء بطـــريقة ســـريعة وتحديـــد أنواعها المختلفة، وبذلك فإن حاســـة الشم في حياة المكفوف تتمتع بأهمية كبرى وليس أدل على ذلك مما نقل عن

هيلـــين كيلـــر Hellen Keller أنها كانت تستخدم حاسة الشم في تمييز الأماكن والأشخاص.

٤- حاسة التذوق:

إن المكفوف يعتمد على حاسة التذوق بدرجة أقل من سابقتها، وقد يقتصر هذا الاســـتعمال على تذوق الطعام وهي تتركز في اللسان تقريباً حيث يوجد في غشائه المخاطي حلمات مختلفة الشكل، أكبرها حجماً موضوع في صف بين الثلث الخلفي والثلثـــين الأماميـــين لظهر اللسان، وتنبه تلك الحلمات بمادة مذابة في السائل ومنها تـــنقل الحاســـة عـــن طريق أعصاب خاصة إلى مركز التذوق في الفص الصدغي بالدماغ حيث يدركها حسب التعود.

وللإنســـان أربعة مذاقات أولية فقط هو الحلو والمر والملح والحامض ويمكن تدريب هذه الحاسة عند المكفوف حتى تصير قوية. ويستعملها في كثير من الأحيان وأهمهـــا طهو المأكولات وتصنيفها والسجائر، كما أنها تضفي على حياة المكفوف لون من البهجة والتقبل.

ثانياً: الخصائص اللغوية للمكفوف:

يكتسب المعوق بصرياً اللغة المنطوقة ويتعلم الكلام بالطريقة نفسها التي يتعلم بهـــا المبصـــر إلـــى حد كبير فكلاهما يعتمد على حاسة السمع والتقليد الصوتي لما يســـمعه. إلا أن المعوق بصرياً يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المـــرتبطة بمعان الكلام والمصاحبة له، ومن ثم القصور في استخدامها، كما يختلف عـــن المبصـــر أيضـــاً في أنه يعتمد في طريقة كتابته وقراءته للغة المطبوعة على الحـــروف الـــبارزة مستخدماً حاسة اللمس، بينما يعتمد الفرد المبصر في ذلك على عينة مستعيناً بالحروف الهجائية العادية.

جديـــر بالذكـــر أن الفقدان البصري لا يمكن الطفل الأعمى أو ضعيف البصر مـــن مـــتابعة الإيمـــاءات والإشـــارات وغيرها من أشكال اللغة غير اللفظية التي يســـتخدمها المبصـــرون في مواضع كثيرة من محادثاتهم، إما لتأكيد ما يقولون أو

كـبديل يغنــي عن الكلام أحياناً، غني عن البيان أيضاً أن هـ ا الفقدان يحرم الطفل الأعمــى وضــعيف البصر من اكتساب معاني بعض الألفاظ نتيجة لعدم استطاعته الــربط بــين كــل من أصوات بعض الكلمات، والمدركات الحاسية الدالة عليها أو الوقائــع والأحـداث البصــرية الممثلة لها، لا سيما ما لا يقع منها في متناول بقية حواســه؛ كالإشــارة كبيــرة الحجم مثلاً، والتي لا يكمل إدراكه لها إلا عن طريق البصــر. ومما يترتب على ذلك بالنسبة للمعوقين بصرياً البطء في معدل نمو اللغة والكــلام، ونشوء بعض الصعوبات في تكوين واكتساب المفاهيم، وفي المقدرة على التجــريد، كمــا يؤدي القصور الإدراكي لدى الأعمى إلى ظهور ما يسمى بالنزعة اللفظية.

وتعنــي باللفظــية مبالغة العميان في الاعتماد على مفاهيم لغوية وكلمات ذات مدلــولات بصــرية، لا يستخدمها سوى المبصرون في وصف الأشياء والخبرات، كــأن يصــفوا الدم بكونه أحمر بدلاً من وصفه بأنه سائل لزج، أو يصفوا الحديقة بكــونها خضــراء بدلاً من كونها ذات ظلال وارفة. ومع أن هذه الكلمات والمفاهيم ذات المدلول البصري لا تعني شيئاً بالنسبة لهم، لأنها غير مبنية أصلاً على أساس خبرات واقعية، كما أنها خارجة عن نطاق خبراتهم الحاسية حيث يستطيعون تعيين الأشــياء التي تركز لها هذه الكلمات، إلا أنهم يفرطون في استخدامها، ربما تعبيراً عــن رغبتهم في إشعار المبصرين بأنهم ليسوا أقل منهم من حيث المعرفة بها، أو كشــكل من أشكال التعويض عن الحرمان من حاسة الإبصار، أو لأن هذه الكلمات والأوصـــاف من شأنها تسهيل عملية التواصل مع المبصرين، وقد أطلق عالم النفس الأعمــى "كتسفورت" Cutsforth على هذه الظاهرة اللغوية عدم الواقعية اللفظية، ووصفها آخرون بأنها لفظية ذات مدلول بصري.



وقد لخص ناصر الموسى (١٩٩٦) أبرز ما يمكن للمعلمين أن يقوموا به إزاء ظاهرة اللفظية لدى الأطفال العميان فيما يلي:

١- الاستعانة بأشكال حقيقية طبيعية أو مصنوعة داخل غرف الدراسة.

٢- القيام مع التلاميذ برحلات ميدانية قصيرة داخل المدرسة وخارجها.

٣- العمل على تحويل المفاهيم اللغوية إلى أفعال وخبرات حركية كلما كان ذلك ممكناً.

٤- مراعاة ألا تكون تنمية المفاهيم الحاسية لدى الأطفال العميان على حساب تنمية المفاهيم غير الحاسية.

٥- الاستفادة ما أمكن من أساليب وتطبيقات علم النفس اللغوي وعلم الإجتماع اللغوي، وسياق الكلام والتركيبات النحوية في اللغة في تنمية المفاهيم غير الحاسية لدى الأطفال المعوقين بصرياً.

ثالثاً: الخصائص العقلية للمكفوف وأثرها في بناء شخصيته:

إن عجز المكفوف عن الرؤية ينعكس على سلوكه، ومستوى خبراته التي يحصل عليها من العالم الخارجي الذي يعيش فيه، حيث إن فقده لحاسة البصر يؤدي إلى عدم القدرة على إدراك المسافات والحجوم والألوان مثل المبصر، والخبرة البصرية حتى أكثر الخبرات التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بالجانب العقلي في الإنسان.

وقد تعددت الآراء واختلفت بالنسبة للسمات العقلية للمكفوفين ومحدودي البصر حيث يرى فيلي Villy أن القدرات العقلية للمكفوف لا تتأثر بحدوث كف البصر وأن قدراته كلها قادرة على النضج في ظل الظروف المواتية وقادرة على الوصول إلى أعلى درجة من النمو والاكتمال يمكن أن يتطلع إليها الطفل المبصر.

ويختلف مع هذا الرأي كتسفورث Cutsforth حيث يرى أن النشاط العقلي للمكفوف بأكمله يتأثر بفقد البصر، ويختلف عن المبصر، فعالمه يختلف كلية من الناحية الاجتماعية، وأن قدراته العقلية تختلف تماماً عن المبصرين وأن كف البصر يؤثر في نمو العمليات العقلية كالذكاء والتصور البصري والتخيل وهي تلك

العمليات التي تعتمد أساساً على البصر وخاصة لهؤلاء الذين أصيبوا بفقد البصر منذ الطفولة المبكرة أو ولدوا مكفوفين. (٢٤)

وفيما يلي بعض القدرات التي يختلف فيها المكفوفون عن المبصرين وتتعلق بمستوى الذكاء وبعض العمليات العقلية كالإدراك والتخيل والتصور البصري والفروق الفردية.

١ – الذكاء:

إن للذكاء تعريفات عديدة، فنجد للذكاء مفهوماً اجتماعياً، ومفهوماً بيولوجياً، ومفهوماً نفسياً وغير ذلك من المفاهيم، ويعرف بينيه Beneh الذكاء بأنه قدرة الإنسان على اتخاذ اتجاه معين والاستمرار في هذا الاتجاه، وأن يكون عنده طاقة التكيف للوصول إلى الهدف المرغوب فيه، والقدرة على أن ينفذ الإنسان محاولاته في الوصول لحل المشكلة. (٢٥)

ونجد سوبر Super يعرف الذكاء "بأنه قدرة الإنسان على التكيف مع البيئة، وأن يفيد من خبراته السابقة".

ويقسم باركلي Barkly الناس في تقدير ذكاء المكفوفين إلى فريقين حيث يرى الفريق الأول أن ذكاء المكفوفين لا يقل عن ذكاء المبصرين بل يتغلب عليه في بعض الأحيان. (٢٦) وهم يستشهدون في غمرة هذه الحماسة ببعض مشاهير العباقرة من المكفوفين في ميادين العلم والفن والأدب ومن هؤلاء العباقرة "هومر" الذي قدم للأدب الإلياذة والأوديسية وهما من أروع ما قدمته العقول البشرية خلال أجيال طويلة، ومنهم "جون متكالف" John Metcalf الذي أصبح مهندساً ناجحاً اهتم بشق الطرق، ثم ظهر الشاعر المشهور "ميلتون" Milton الذي يعد من طائفة المكفوفين العباقرة، وأخيراً "لويس برايل" Lauais Braille صاحب طريقة برايل للقراءة والكتابة التي ما يزال يدرسها المكفوفون ويعوضون عنها فقدهم للبصر ويمدنا تاريخ الأدب العربي بأسماء لامعة كان أصحابها مكفوفين أمثال "أبو العلاء المعري" الذي أصيب بالعمى وفي الثالثة من عمره وهو يتبوأ في تصنيف

الأدباء العرب قمة القائمة، ونجد في أدبنا الحديث الدكتور "طه حسين" وهو يتبوأ في الأدب العربي الحديث ما كان يمثله أبو العلاء في عصره.

وأن عبقرية بعض المكفوفين لا تكفي لأن تؤيد ما يذهب إليه بعض الناس وهو أن المكفوف ألمع ذكاء من المبصر. وإذا توخينا الدقة، يمكن أن نقول على لسان هؤلاء، أن نسب الأذكياء من المكفوفين أعلى منها لدى المبصرين ويؤيد هؤلاء الرأي بدليل غامض هو أن الله يعوضهم عن فقد البصر بتفتح البصيرة.

أما الفريق الثاني من الناس فلا يرى ما يراه الأول، يرى أن المكفوفين أقل ذكاء من العاديين، ويرون أن مسألة المقارنة بين ذكاء المبصرين وذكاء المكفوفين يرجع من أرها إلى المقاييس المختلفة التي وضعت لقياس الذكاء، وأن المقارنة هي التي تعطي الجواب القاطع لهذه المسألة.

ولقد دلت نتائج الاختبارات التي طبقت على المكفوفين والمبصرين بأن الذكاء العام للفئة الأولى أدنى بنسبة غير ملحوظة من الذكاء العام للفئة الثانية أي أن الفرق بين الفئتين فيما يتصل بالذكاء العام لفرق يمكن إهماله، أما في قياس المعلومات العامة.

فقد اتضح من تطبيق الاختبارات الخاصة بهذا المجال على فئتين متماثلين من المكفوفين والمبصرين، أن المعلومات العامة لدى الفئة الأولى أقل منها لدى الفئة الثانية.

وهي نتيجة معقولة بحكم أن مدى ما تطلع عليه العين وما تستطيع إدراكه أوسع وأرحب مما تستطيع الحواس الأخرى معرفته، ولهذا تكون حصيلة المبصر من المعلومات العامة أغنى منها عند الكفيف.

ويقاس ذكاء المكفوفين باستخدام الاختبارات والمقاييس التي وضعت أساساً لقياس ذكاء المبصرين، ولكن بعد تنقيحها لتناسب المكفوفين وقد صمم "هايز" Heiz أول اختبار يقيس ذكاء المكفوفين ثم توالت بعد ذلك اختبارات كثيرة لهذا الغرض أهمها اختبار "وكسلر- بلفيو" واختبار "ستانفورد بينيه" واختبار "رافين"،

واختبار الذكاء اللمس لقياس ذكاء المكفوفين "لشورحارو" وكذلك اختبار لقياس الذكاء المهني للمكفوفين البالغين "لباومان" و"ميسولين".

٢ – الإدراك والتخيل:

إن الطفل المكفوف يعتمد في مجال خبراته واكتسابه للمعلومات على الحواس الأربع الباقية من لمس وسمع وذوق وشم، لذلك فإن الطفل المكفوف أقل خطأ من الطفل المبصر في مجال الإدراك للنقص الحادث في إحدى حواسه الخمس وهي حاسة البصر، وهذا يجعل مجال حركته محدودة. والطفل المكفوف تقل قدرته في تحصيل الخبرات عن الطفل المبصر وذلك لأن الطفل المكفوف لا يستطيع أن يتحرك بنفس السهولة والمهارة التي يتحرك بها المبصر، ولذا فالطفل المكفوف يعجز عن الاستكشاف وجمع الخبرات وتوسيع دائرة محيطه الذي يعيش فيه. ومن هنا كانت حاجة الطفل المكفوف إلى الرعاية والمساعدة أكبر، مما يؤدي إلى إحساسه بالعجز المستمر في الاعتماد على ذاته الذي يؤثر على علاقته الاجتماعية وعلى تكيفه الشخصي والاجتماعي.

وأن فلسفة باركلي Barkly في إدراك الأشياء ووجودها وهو يتلخص في أن الأشياء تدرك توجد طالما كانت حواسنا قادرة على الإحساس بها، وهذا بمعنى أن للموجودات خمسة أبعاد نعرفها بها، هذه الأبعاد هي التي نسميها إحساساتنا الخمسة، وبهذا تصبح الأشياء كاملة الإدراك عمن كانت حواسه كلها سليمة.

ولكن "باركلي" Barkly يستدرك فيقول أننا ندرك الأشياء بالحواس التي لا نملك غيرها. وهنا لا يسعنا أن نزعم بأننا ندركها تماماً، ذلك لأن الأشياء قد لا تملك من الصفات التي تعجز حواسنا عن الإحساس بها. وبذلك يكون إدراكنا للأشياء نسبياً، ولكنه تام بالنسبة لسليم الحواس من وجهة النظر الإنسانية، أما بالنسبة لمن فقد حاسة من حواسه فيكون إدراكه ناقصاً من وجهة النظر الإنسانية أيضاً.

وفـــي ضوء هذا الرأي يمكن القول بأن إدراك المكفوف للأشياء إدراك ناقص لأنـــه لا يملك القدرة على الرؤية، وينعدم بالتالي وجود البعد البصري فيها، وتصبح الأشـــياء لـــدى المكفوف معروفة بأبعادها الأربعة فقط على الأكثر أي بالإحساسات الأربعـــة التي يمكن أن يدركها بها، وهي إحساسات السمع واللمس والذوق، والشم ويصـــبح العـــالم الذي يعيش فيه المكفوف عالماً تحدده من حيث الإدراك، وحواسه الأربعة فقط فهو عالم له رائحة وطعن وملمس وصوت، إلا أنه تلفه ظلمه شاملة.

وأن إدراك الأشـــياء ووجـــودها بالنســـبة للمكفـــوف يـــتوقف على مقدار ما يملكـــه المكفـــوف من حواس، فالأشياء لها خمسة أبعاد نعرفها عن طريقها، وهذه الأبعـــاد الخمســـة هـــي الحـــواس، والإنسان يكتسب المزيد من خبراته عن طريق حاســـتي الســـمع والبصر ويعتمد عليها في إدراك بعض الأشياء، وكذلك من تقدير المســـافة والـــزمن والحجم وكتل الأشياء تقديراً صحيحاً. وعند حدوث كف البصر تـــبدأ خبـــرات الشـــخص وإدراكه في الاضطراب والاضمحلال إذا لم يتغلب على ذلـــك الاســـتفادة ممـــا تبقى من هذه الحواس، وكذلك الحواس الأخرى عن طريق تدريبها تدريباً دقيقاً. (٢٧)

وإن حـــديث الشـــخص الذي ولد مكفوفاً أو كف بصره بعد سن الخامسة عن الألـــوان لا يعنـــي أنه يميز الألوان، ولكن بمعنى أن المحصول اللغوي لديه يشتمل على هذه المفاهيم دون أن يكون لها أي مقابل حسي في ذهنه.

وبعـــبارة أخـــرى فإن فقد البصر يعوق الإنسان عن الإدراك الكامل للمفاهيم، ويعوقه كذلك في قدرته على السيطرة بالوسط المحيط. (٢٨)

٣- الشعور البصري لدى المكفوفين:

التصـــور البصـــري لدى المكفوف هو استدعاء ما سبق أن شوهد فعلاً. وهذا التعـــريف ينفي عن المكفوف القدرة على التصور البصري، نظراً لأنه لم يسبق له أن مـــارس إحساسات بصرية يقوم بترتيب صور من هذه الإحساسات وينطبق هذا على الذين كف بصرهم منذ الولادة أو قبل سن الخامسة. أما الذين فقدوا البصر بعد

سـن الخامسة فلهم القدرة على التصور البصري ولكنها محدودة فتتفاوت طبقاً لسن الإصـابة بالعاهة ولعوامل أخرى تتعلق بغني التجارب والخبرات التي اكتسبوها في فتـرة حـياتهم التي عاشوها وهم يبصرون. ومع ذلك فإن هذه القدرة على التصور البصـري لـدى هؤلاء تزول تدريجياً كما هو الشأن لدى المبصرين الذين يفقدون خبراتهم المبكرة بمرور الزمن.

وتـروي دويـتش (وقـد ولـدت عمياء) أن التصور البصري لم يقع لها في أحلامهـا غيـر أن التصـور السـمعي كان يتكرر دائماً، ويروي دوماس في أحد تقاريـره أن مـن الأطفال من أصيبوا بالعمى منذ الولادة، ولكن قبل أن يبلغوا سن الخامسـة مـن العمـر كانت تعرض لهم تخيلات بصرية في أحلامهم ولكنه يذكر بالمقابل أن ستين طفلاً آخرين كانت إجاباتهم سلبية بخصوص التصور البصري.

إن التصور البصري للذي ولد مكفوفاً قبل سن الخامسة ليس أكثر من تركيب لفظـي، لعب فيه الاقتران دوراً كبيراً، إلا أن الاقتران قد لا يكون دائماً لفظياً بل قد يكـون اقتـراناً بـين أحساسـين، أحدهما بصري، فيلجأ المكفوف لإنشاء الصورة البصرية مستعيناً بالإحساس الآخر الذي يتلقاه فعلاً.

فقـد يقـول المكفـوف مثلاً أن السماء زرقاء أو أن السماء غائمة وقد تكون السـماء فعـلاً زرقاء أو غائمة، وأنه يصفها كما يصفها المبصر ولكن المكفوف مع ذلـك يـدرك هذا الإحساس البصري من خلال الإحساس الآخر الذي يصاحبه وهو الإحسـاس بهـدوء الجـو الذي لا تتخلله الرياح أو الرعد أو المطر وغير ذلك من الإحساسـات التـي يمكن بحواسه الأخرى أن يحكم بأن السماء غائمة. وهو حينما يريد أن ينشئ صورة بصرية إنما يعود إلى هذه الارتباطات الاقترانية يصوغ منها مـا قـد يحمل بعض الناس على الاعتقاد بأن المكفوف رغم عجزه عن الإبصار، قادر على وصف بعض الأشياء وصفاً دقيقاً يصل إلى درجة الكمال أحياناً، وتصبح كثيـر مـن الارتباطات الاقترانية اللفظية لدى المكفوف مادة لصياغة هذه الصور ولا تقابل في ذهنه شيئاً يمت إلى الواقع المرئي بصلة.

إن المكفـــوف يستعين بمختلف الإحساسات وتغيراتها كالإحساس بتغير درجة الحـــرارة، وتغير طبيعة الأرض، وتغيير الروائح ويستغلها كوحدة، ليكون فكرة عن الموقـــف الذي هو فيه. ولا يمكن للمكفوف أن يعرف بيئته ومكانه منها بسرعة، بل وســيلته فـــي ذلك هو ما يحصل عليه عن طريق السمع أو الشم أو اللمس. وهناك بعـــض أشـــياء يصعب على المكفوف إدراكها كالشمس والقمر والسحاب أو أشياء لهـــا ظروف خاصة كالاحتراق، والمكفوف لا تتم تصرفاته اليومية بسهولة كما هو الحال عند المبصر، ولذلك يلجأ المكفوف إلى ما يسمى بتعويض الحواس، حيث إن فقـــد البصر يدفع المكفوف إلى الاستفادة بأقصى ما يمكن من حواسه الأخرى، فهو يهـــتم بتدريب الحواس الباقية كالسمع واللمس، والذوق والشم، والاستفادة مما تبقى من حاسة البصر.

٤- الفروق الفردية في النواحي العقلية:

إن إدراك الإنســـان مـــنذ القـــدم الفروق الفردية وأهميتها في حياته وفي حياة الجماعـــة التـــي ينتمـــي إلـــيها، وهذه الفروق هي التي تعطي للحياة قيمة ومعنى، والفروق الفردية يمكن تعريفها على أنها الانحرافات الفردية عن المتوسط الجماعي فـــي الصـــفات المخـــتلفة. وقـــد يضيق مدى الفروق الفردية أو يتسع طبقاً لتوزيع المحـــتويات المختلفة لكل صفة من الصفات. والفروق بين الأفراد قد تكون في نوع صفة من الصفات أو تكون في درجة هذه الصفة وربما تكون في النوع والدرجة.

والفـــروق الفـــردية حقيقة علمية في ميدان التعلم عامة وميدان تربية المعوقين خاصـــة، فالمعوقون يختلفون بعضهم عن بعض في نوع ودرجة الإعاقة من ناحية، وفي القدرات والاستعدادات من ناحية أخرى.

وإذا كانـــت التـــربية العامـــة تهتم بالفروق الفردية فإن التربية الخاصة أكثر حاجـــة إلى ذلك، وتهيئة فرص تعليمية مناسبة للمعوقين أمر لا يتحقق إلا إذا وضع فـــي الاعتـــبار مـــا بـــين المعوقـــين من فروق فردية. وإيماناً من التربية الخاصة بأهمـــية الفـــروق الفردية فإنها تعد منهجاً وكتاباً مناسباً لكل فئة من فئات المعوقين

وتتبع في تدريس هذا المنهج وذلك الكتاب طرقاً تتناسب مع نوع ودرجة كل إعاقة.

والفروق الفردية قائمة بين المكفوفين أنفسهم، وبينهم وبين العاديين وتشمل هذه الفروق الذكاء والقدرات والاستعدادات ودرجة الإعاقة، ولذا لا يمكن تعليم المكفوفين على أساس أنهم كل متجانس حيث يوجد تفاوت بينهم من ناحية العالم الذي يعيشون فيه وما يتفاعل فيه من عوامل اقتصادية واجتماعية وثقافية.

فقد تعني الإعاقة البصرية عند بعض الأفراد ظلاماً دامساً وعند البعض الآخر ضباباً أبيضاً وما إلى ذلك.

وتتوقف درجة اتساع الفروق الفردية بين المكفوفين على السن الذي حدثت عنده الإعاقة وعلى درجة هذه الإعاقة. كما أن الفروق الفردية قائمة بين المكفوفين فهي قائمة أيضاً بينهم وبين العاديين وبدرجة أعلى، فالمكفوفين يختلفون عن المبصرين في القدرات بما فيها الذكاء والميول والاستعدادات وفي احتكاكهم بالوسط المحيط بهم، وكذا في مواجهتهم لظروف الحياة اليومية يحتاجون إلى وسائل تعوضهم عن الإعاقة البصرية وتساعدهم على التكيف مع أنفسهم من ناحية، ومع مجتمعهم من ناحية أخرى.

رابعاً: الخصائص الانفعالية وأثرها في بناء شخصية المكفوف:

بعض عرض لبعض السمات الجسمية والعقلية التي تؤثر في بناء شخصية المكفوف نتعرف الآن على بعض الجوانب الانفعالية التي تؤثر في بناء شخصية المكفوف.

لقد أثبتت الدراسات أن المشكلات الانفعالية التي يواجهها المكفوفون تنبع من المواقف الاجتماعية التي تولدها الإعاقة البصرية وليس من مجرد الحرمان البصري. إن الكفيف منذ الولادة لا يدري بالخبرة كفه البصري ولا يعاني من أي مشاعر للحرمان اللهم غلا ما يعرض له في علاقته الاجتماعية.



ويـواجه علمـاء الـنفس والمـربون الذين يتعاملون مع المكفوفين مشكلة لا يسـتطيعون فهمهـا وهـي أن المكفوفـين يمكن أن يتكيفوا تكيفاً سليماً مع الإعاقة البصرية ومع ذلك يعجزون عن التكيف في علاقاتهم الاجتماعية.

ويـتفق علماء الصحة النفسية والخبراء التربويون على أن كف البصر يفسح المجـال لظهور سمات شخصية غير سوية للمكفوف مثل الانطواء والعزلة والميول الانسـحابية. كما أن فقد البصر يؤثر على قدرة الشخص على الاستثارة والتفاعل الوجدانـي. تلك العمليات التي تعتمد على رؤية الحركة للاستمتاع بالمشاهدة وفقدان المكفـوف لهاتـين الوظيفتين يعطل جانباً هاماً من جوانب الشخصية المتكاملة التي تمس بالمجال وتسعى إليه.

وقـد بحـث "كتسـفروث" Cutsforth موضوع الانفعال النفسي بحثاً عميقاً وكذلك القلق وأدت أبحاثه إلى النتيجة القاطعة وهي أن النقص البدني أو الطبيعي لا يمكـن أن يـؤدي إلى انفعال نفسي أو قلق. وهذا ما حاولت "سأمية محمد القطان" الإجابة عنه في دراستها عن مستوى القلق عند المكفوفات المراهقات ومقارنته عند المبصرات فتقول:

"أن المكفـوف لا يعيش القلق إذا استسلم لكف البصر على نحو ما يتحدد من التصور القبلي للمبصرين فلن يكون هناك ما يدعو على الإطلاق أن يعيش الصراع والقلـق فـي هذه الحالة لا يكون صراعاً مع الواقع الخارجي بل استسلاماً يجزيه مجتمع المبصرين يفيض من الحسنات والمساعدات. (٢٩)

وقد قامت موهل Muhl بدراسة أنواع المخاوف والقلق والأحلام التي تنتاب شخصـية المكفوفـين وذلـك بإجراء مقابلات فردية مع المفحوصين ووصلت من دراستها إلى أن المكفوفين يعانون جموداً في سلوكهم وهذا الجمود مرده إلى عوامل انفعالـية أكثـر مـا يرجع إلى عوامل عضوية، كذلك وجدت أن غالبية المكفوفين يصنعون لأنفسهم أنواعاً متباينة من الأوهام وأنهم يعانون شعوراً بالنقص لقصورهم الذي يصاحب بحيل تعويضية.(٣٠)

ويعتقد كثير من المبصرين أن المكفوفين يشعرون أيضاً إلى جانب القلق بخيبة الأمل الدائمة والتي قد تكون مصحوبة بالغبظ و هاتان معاً يسببان الانفعال الذي يصحب كف البصر. والحقيقة أن المكفوف قد يشعر بخيبة الأمل في بادئ الأمر ولكن سرعان ما يعتاد على مواجهة المواقف التي تضايقه وتصبح مألوفة لديه وتحدث عملية التكيف.

ومن أهم السمات الانفعالية لشخصية المكفوفين التخيلات، وهناك أنواع مختلفة من التخيلات التي ترد على ذهن المكفوفين ذكر منها كتسفورث Cutsforth مثل تخيلات يقوم فيها الفرد بإلغاء مصدر التوتر الاجتماعي أو الضيق تخيلات يقوم فيها الفرد بتحقيق أو تأكيد التفوق والأمن، وتخيلات يقوم فيها الفرد بالانسحاب من الموقف الحيوي والاستسلام لانشغاله في أسلوب بسيط للسلوك التقهقري الذي يتسم بالكثير من العاطفة.

والتخيلات وما يصاحبها من انفعالات وعواطف تصبح عذراً ملائماً للقهر البدني الذي يحدث على فترات طويلة والتخيلات هي سمة الشخصية المنطوية كما يميل الكفيف إلى التمركز حول ذاته، والبعد عن البيئة بمؤثراتها المختلفة وتتضح هذه الميول تدريجياً في فترة المراهقة وتحدث حالة كف البصر تغيرات عقلية وبدنية ويصبح الفرد بالضرورة أقل موضوعية وبالتالي يتجه إلى المثيرات المتمركزة حول ذاته بدلاً من البيئة الخارجية نظراً للتغيرات الجسمية التي تحدث له في هذه الفترة.

وقد يتعرض المكفوف لأنواع متعددة من الصراعات فهو في صراع بين الدافع إلى التمتع بمباهج الحياة والدافع إلى الانزواء طلباً للأمان، دافع إلى الاستقلال ودافع إلى الرعاية فهو يرغب من جهة أن تكون له شخصية مستقلة دون تدخل من الآخرين، ولكنه في نفس الوقت يدرك أنه مهما نال من استقلال فإنه يظل إلى درجة محدودة لا يستطيع أن يتعداها مرتبطاً بمن حوله لخدمته ورعايته في بعض الأمور التي لا يستطيع بمفرده إنجازها. [٣١]

وقــد يلجأ المكفوف لأنواع من الحيل الدفاعية نمنها التبرير فهو إذا أخطأ يبر أخطــاءه بأنـــه مكفــوف وعاجــز ومــنها الكبت كوسيلة دفاعية تجنبه الاستهجان والاســتنكار فيضحي ببعض رغباته من أجل الفوز بتقبل الآخرين له وقد يلجأ إلى الــتعويض كاســتجابة لشعوره بالنقص فيكرس وقته وجهوده لينجح في ميدان معين يــتفوق فــيه على أقرانه وقد يلجأ إلى الاعتزال كوسيلة هروبية وأمنية من بيئة قد يخــيل إلــيه أنها تنبذه أو على الأقل لا تحبه بالقدر الذي يرض نفسه. وهو بلجوئه إلــى هــذه الحيل يكون مدفوعاً بشعوره بأنه اقل كفاءة من المبصر فهو في مجال الحركة أثقل وأبطأ وهو مجال السيطرة على البيئة أدنى، فلهذا كله تعاني شخصيته وتتعــرض فــي غالبــية الأحوال إلى حالة من الكآبة واليأس وتطبع بطابع الحزن والأسى.

ومــن خــلال مــا ســبق يتضح أن المكفوفين لديهم قدر كبير من الصعوبات الانفعالــية وأنهــم يواجهون أشكالاً كبيرة من الإحباط أكثر من المبصرين فإذا كان الحــال هكذا فمن المتوقع أن نجد قدراً كبيراً من المرض النفسي ظاهراً في السلوك الشخصــي للمكفــوف لأن المرض النفسي يحدث حينما يعجز الإنسان عن تحقيق آمالــه ويشــعر بالــنقص وإنــنا لــنجد أكثر مما نتوقع أن يوجد مع ذلك فإن قدر الاضــطراب الانفعالــي الظاهر لا يتناسب إطلاقاً مع ما نعتقد أنه يجب أن يظهر بسبب الظروف التي يعيش في ظلها المكفوف. وهذا يرجع إلى أحد عاملين أما أننا غيــر متعقلين أو متفهمين للإحباطات الموجودة في حياة المكفوفين أو أنهم يظهرون أعراضاً مرضية تخفى علينا.

خامساً: الخصائص الحركية للمكفوف:

يــواجه الفــرد الكفــيف صــعوبات فائقة في ممارسة أنشطة الحياة اليومية، وتــنقلاته مــن مكــان لآخر، وذلك نتيجة فقدان الوسيط الحاسي اللازم للتعامل مع المثيــرات البصرية، ومن ثم التوجيه الحركي في الفراغ وهو حاسة الإبصار، مما يدفعــه إلــى بــذل المــزيد من الجهد ويعرضه للإجهاد العصبي والتوتر النفسي،

والشـــعور بانعـــدام الأمن عموماً، والارتباط تجاه المواقف الجديدة خصوصاً، ولا ســيما مـــع تزايد ما تفرضه التغيرات العلمية والتكنولوجية السريعة والمتلاحقة من تعقيدات في الوسط البيئي خارج المنزل وداخله يوم بعد يوم، من ناحية، ومع حاجة المعــوق بصرياً ذاته إلى توسيع دائرة نشاطه وتنقلاته، وتطوير مهاراته الحركية، لمــواجهة ما يفرضه عليه أيضاً نموه الزمني والتعليمي والاجتماعي من متطلبات، وضـــرورة الـــتفاعل مع مكونات وعناصر وخصائص بيئية جديدة ومتداخلة، كبيئة الشارع والمدرسة والسوق ووسائل النقل والمواصلات وغيرها.

ويشـــمل مفهوم التوجيه والحركة على مصطلحين مرتبطين ببعضهما ارتباطاً وثيقاً أولهما:

التوجـــيه ويعنـــي عملـــية استخدام الحواس بشكل مفيد وفعال، وذلك لتمكين الشـــخص مـــن تحديـــد نقطة ارتكازه، وعلاقته بجميع الأشياء المهمة ذات الصلة بحركته في مجال ما.

وثانـــيهما: الحركة وتعني استعداد الشخص ومقدرته على التنقل بأمان في هذا المجـــال. جديـــر بالذكر أن إلتوجيه يمثل الجانب العقلي (كالانتباه والتذكر والتفكير وإدراك العلاقـــات.. الـــخ) مـــن عملية التوجيه والحركة، بينما تمثل الحركة ذاتها الجهد البدني والعضلي المبذول في التنقل من موضع إلى آخر.

ويســـتلزم قصـــور المعوقين بصرياً في المجال الحركي ضرورة بذل الجهود التعليمـــية والتدريبـــية اللازمة لتعويض هذا القصور، وتنمية المهارات الحركية بما يحقـــق فاعلية أكثر للعمليان وضعاف البصر في الوسط البيئي أو المحيط الخارجي الذي يعيشون فيه عن طريق ما يلي:

١- مســـاعدة المعوقـــين بصـــرياً فـــي التعرف على مكونات بيئاتهم واستكشافها، وإدراك العلاقـــات فـــيما بينها، وذلك حتى يتسنى لهم تحديد معالمها والسيطرة علـــيها، والتنقل الآمن بفاعلية واستقلالية معتمدين على أنفسهم دون مساعدة قدر الإمكان.

٢- التدريب المنظم لتنمية وصقل المهارات الحركية لدى المعوقين بصرياً كالتوازن، والتناسق، والمرونة، والقوة، والعمل على إكسابهم الأنماط الحركية الأساسية اللازمة للتوجيه والتنقل في الأماكن المختلفة عن طريق المشي والجري، والوثب والعدو، وذلك لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلالية والسلامة في آن واحد.

٣- تهيئة بيئة منزلية ومدرسية أو مؤسسية آمنة وخالية من المخاطر، حتى يتسنى للمعوق بصرياً التحرك فيها بيسر وسهولة؛ كمراعاة شروط السلامة في المباني، وأن تكون حواف السلالم محنية وليست حادة، وتجنب المنحدرات الشديدة والحواجز وأن تكون الأبواب إما مغلقة تماماً أو مفتوحة تماماً وغير ذلك مما يجب مراعاته.

٤- تجنب التغيرات المفاجئة في تنظيم محتوى البيئة التي يعيش فيها الطفل المعوق بصرياً: كالأثاث، والمحافظة على وجود الأشياء التي يستخدمها بصورة متكررة في أماكنها المألوفة بالنسبة له ما أمكن ذلك.

٥- مساعدة المعوقين بصرياً على تكوين خريطة معرفية عن طبيعة الأماكن والعلاقات المكانية في البيئات التي يتحركون فيها، ليستعينوا بها في تحديد مواضعهم من العناصر والمكونات المادية أثناء تنقلاتهم.

٦- تنمية مهارات العناية الذاتية التي تحقق للطفل إشباع احتياجاته الأساسية كالاستحمام والنظافة، وارتداء الملابس، والعناية بمظهره والمأكل واستخدام الحمام، وترتيب الغرفة وتنظيفها، وملء الأكواب والزجاجات بالمياه، ووضع معجون الأسنان على الفرشاة، والأدوات في مواضعها الصحيحة، وتحديد مواقع الأشياء.

٧- تدريب الطفل على مهارات التعامل مع الأشياء والأماكن والعوائق بأمان: كالأبواب والسلالم والمصاعد، والتحرك في زحام المرور وعبور الشوارع والميادين، والجري في حالة الحاجة إلى ذلك.

٨- تـدريب الطفل على تنسيق حركة الجسم وتوازنه أثناء المشي والتنقل، واتخاذ أوضاع الحماية الملائمة للجسم.

٩- تـدريب الطفــل علــى الاســتعانة بجميع حواسه الأخرى في توجيه نفسه في الــوجهة الصــحيحة أثـناء الحــركة في الأماكن المألوفة وغير المألوفة، وفي الحصول على دلالات متنوعة من بيئة يهتدي بها في حركته، كالاستعانة بحاسة الشــم فــي تمييز الروائح، وبحاسة اللمس في الإحساس بالتيارات الهوائية التي تشــير إلى أماكن مفتوحة، في تحسس التغيرات المختلفة في السطوح ومواضع القدمــين، والاستعانة بحاسة السمع في تقدير المسافات والإحساس بالعوائق من خلال الموجات الصوتية المرتدة.

١٠- تشــجيع المعوقــين بصرياً وتدريبهم على استخدام معينات التنقل التي تناسب ظروفهم الخاصة: كالعصي البيضاء، وعصي الليزر التي تساعدهم في استكشاف البيــئة وتلافــي العوائــق التي ربما وجدت في طريقهم واستخدام جهاز صدى الصــوت الإلكترونــي، وتشــجيعهم علــى الإفادة من أساليب الحماية المختلفة الملائمة في هذا الصدد كلما دعت الضرورة إلى ذلك، كالاستعانة بقائد مبصر، واستخدام الكلاب المدربة.

سادساً: الخصائص الاجتماعية للمكفوف:

البيــئة هي مجموعة الظروف التي تحيط بالإنسان وتتطلب أن يتلاءم الإنسان معهــا، ويعتبر كثير من المبصرين أن المكفوفين يتفوقون في كل شيء ولكنهم في الحقيقة ليسوا كذلك ولا يوجد رباط يجمع بينهم إلا فقد البصر.

وإذا كانــت حصــيلة المكفوف من معرفة البيئة التي حوله ناقص، وذلك لأن جــزءاً كبيــراً مــن معــرفتنا بالعالم الخارجي تأتي عن طريق الرؤية، والمكفوف محــروم مــنها. فإذا أضفنا إلى ذلك عزوف المكفوف عن المغامرات الاستطلاعية التــي تعرضــه للأذى أدركنا النقص الكبير في معرفته عن البيئة، ويتولد عن هذا الــنقص عجزه عن السيطرة عليها. فيتفاقم لديه الشعور بعجزه ويتساءل رغماً عنه

لمــاذا هــو دون غيــره مــن الناس؟ ولم يقترف ذنباً، وينتهي تساؤله بأنه مظلوم مضــطهد أو يــتأكد هذا الشعور لديه بالمواقف التي يقفها بعض الأفراد منه وذلك حــين يعتدون على حقوقه، وخصوصاً الأطفال الذين لا يدركون إدراكاً كاملاً عمق المأساة والحرمان اللذين يمزقان المكفوف.

والأســرة حينما تنتظر طفلاً لها تبني توقعاً ذهنياً لما يجب أن يكون عليه هذا الطفــل. فالأســرة تتوقع أن يكون الطفل سليماً على الأقل- من الناحيتين الجسمية والعقلية، ولكن حينما يأتي الواقع مخيباً للتوقع ومخالفاً له، ويولد الطفل معوقاً أو به لــون مــن ألوان القصور الجسمي أو العقلي فإن ذلك يحبط مشاعر الأسرة كثيراً، ويؤثــر على العلاقات داخل الأسرة سواء كانت بين الوالدين كليهما أم بين الوالدين والطفل أو بين الأخوة والطفل المعوق.

إن كــف البصر يشكل بالنسبة لوالديه صدمة نفسية انفعالية قد تؤدي إلى خلل في التوازن الأسري، وفي هذا المعنى يقول "ولسون" أن للوالدين خبرة تتسم بالعديد من السمات الانفعالية، وكل والد لديه اتجاهات نحو طفله منذ ميلاده، أو منذ طفولته المبكــرة وإن هــذه الاتجاهــات تعــتمد علــى كثير من العوامل مثل: الرغبة في الطفــل، العلاقــات الزوجية بين الوالدين، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، النضــج العاطفــي للــوالدين، إحساســهم بالأمن الشخصي، وخبراتهم في مرحلة الطفولة، وأنه من الطبيعي بالنسبة للوالدين أن يرغبا في أن يكون طفلهما كاملاً من الناحــية الجســمية والعقلــية، وأن أي إعاقة أو انحراف لمفهوم الوالدين عن الطفل العادي تقابل باستجابات انفعالية مختلفة.[٣٢]

ولهذا فإن استجابات الوالدين الحقيقة للطفل المكفوف، لن تكون واضحة بشكل كــاف لــبعض الــوقت وغالــباً تتمــثل مشاعرهم في الشفقة الزائدة على الطفل، وسيرفضــون بشــدة حقــيقة كف بصر الطفل، ويتمثل هذا الرفض في تشككهم في قــدرة الطبيب على إعادة الإبصار لطفلهم، ويترتب على ذلك أن تطوف الأسرة في رحلة شاقة للبحث عن طبيب منقذ ولكن دون جدوى.

وتتفق (توريـنا فيشتنر) Dortheas Fichtner مع (ولسون) في أن إعاقة الطفـل لهـا أثـر بالغ الأهمية على الحياة داخل الأسرة وتؤكد أن الوالدين اللذين يـرزقان بطفل مكفوف تواجهها صعوبة بالغة في تقبل ذلك الأمر العسير، وينعكس ذلك كثيراً على العلاقة بينهما.

فقـد يحمـل الزوج زوجته المسئولية فيما حدث لهذا الطفل. أو قد تدور بخلد الأسـرة مشـاعر الإحسـاس بالـذنب وتأنـيب الضمير، وغالباً ما يسود الأسرة جـو مـن التشـاحن وعدم الانسجام وينعكس ذلك كله على أساليب معاملة الطفل المكفـوف والتي قد تأخذ أشكال الإهمال أو الرفض أو القسوة المبرحة، وفي النهاية نجـد أن الـوالدين يعانيان من صعوبة أخرى أشد وطأة وهي كيفية إعادة التوازن العاطفي النفسي للأسرة مرة أخرى. (٣٣)

إن أهـم المشـكلات التـي تؤرق الطفل المكفوف هي أن مركزه في الأسرة لـيس كمركز الطفل المبصر. فالأسرة قد تسلك مسالك مختلفة تجاه الطفل المكفوف وتـؤيد ذلـك دراسـة "سـومر" Sommer التي قامت بدراسة لاستجابات الأسرة نحـو طفلهـا المكفوف، فتوصلت إلى العديد من أنماط سلوك الوالدين نحو طفلهما المكفـوف. أهـم هذه الأنماط تقبل الطفل المكفوف وتقبل عاهته، ورفض الإعاقة، والحماية الزائدة.

والدوافـع وراء هـذه الأنمـاط السلوكية عديدة، فقد ينظر الوالدان إلى إعاقة طفلهمـا على أنها رمز لعاقبهما على ذنب ارتكبه أحدهما وبالتالي يحاولان التكفير عـن هذا الذنب بالظهور بمظهر القلق الزائد على الطفل وقد يعتبران أن هذا العجز يـرجع إلـى مـرض أو أنهما قاما بخرق الناموس الخلقي أو أن كف البصر لعنة أصـابتهما أو أنه حدث نتيجة إهمالهما أو تقصيرهما سواء كان هذا الإهمال حقيقياً أو وهمياً.

إلا أنـه عـندما يعامـل الـوالدان طفلهما المكفوف كطفل سوي وليس كطفل مكفـوف فإنـه لا توجد مشاكل، والطفل المكفوف هو قبل كل شيء طفل ينمو نمواً

طبيعــياً، ولكــن تظهر المشاكل فقط عندما يكون أفراد الأسرة غير مستعدين لقبول العمــى كحقــيقة واقعة والذي ربما يكون سبب المضايقات في حياة الأسرة. إذ أن العمــى يؤثــر علــى الأسرة كصدمة تخلف وراءها مشاعر وأحاسيس سلبية على موقــف الأســرة نحو المكفوف[٣٤]، وأن رد الفعل الذي تثيره اتجاهات الأسرة نحو الطفــل المكفوف يتخذ موقفاً متأرجحاً بين السلبية المطلقة وتقبل المساعدة بخضوع واستسلام وبين التفكير في دوافع سلوك الآخرين حوله.

سابعاً: الخصائص الأكاديمية للمكفوف:

المعوقــون بصرياً لا يختلفون عن المبصرين فيما يتعلق بالمقدرة على التعلم، والاســتفادة مــن المنهج التعليمي بشكل مناسب، إذا ما تم تعليمهم بأساليب تدريسية ووســائل تعليمية ملائمة لاحتياجاتهم التربوية، ومساعدته على تكوين صور حسية عــن كثير من المفاهيم المتضمنة في المنهج التعليمي أو في البيئة المحيطة (يوسف القريوني وزميلاه، ١٩٩٥).

ويلخص كمال سيسالم (١٩٩٦: ٥٥-٥٨) أهم الخصائص الأكاديمية للمعوقين بصــرياً- العميان أم ضعاف البصر- والتي اتفقت عليها معظم الدراسات والبحوث فــي كــل مــن: بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة للبرايل أو الكتابة العادية، والأخطاء في القراءة الجهرية.

عــلاوة علــى أن ضــعاف البصــر يعانون من مشكلات في تنظيم الكلمات والســطور وتــرتيبها، ومن رداءة الخط، وصعوبة تنفيذ الكلمات والحروف، ومن القصــور في تحديد المعالم الشكلية للأشياء البعيدة، والأشياء الدقيقة الصغيرة، كما أنهم كثيرو التساؤلات والاستفسارات للتأكد مما يسمعون أو يرون.

الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بكف البصر:

إن الطفــل المكفــوف مثل الطفل المبصر في حاجة إلى رعاية والديه ومن الضــروري أن يعرف الوالدان من البداية حاجة طفلهما إلى الشعور بأنه أحد أفراد

الأسرة الذي لا يختلف عنهم إلا من ناحية فقد البصر. وللاتجاهات الوالدية تأثيراتها على نمو الطفل النفسي وتوافقه الاجتماعي في المنزل وفي المدرسة حيث العلاقات المتشابكة بينه وبين أفراد مجتمعه، ولذلك كان من الواجب عليهما التخطيط لتوفير أقصى درجة من العناية الممكنة بالنسبة للتوافق الشخصي والاجتماعي لطفلهما المكفوف، وذلك لأن علاقتهما به واتجاهاتهما نحوه تؤثر تأثيراً واضحاً في تشكيل شخصيته.

وتؤكد أنستازي Anastazy على أهمية التفاعل بين الوالدين وبين الطفل وانعكاسات هذا التفاعل على رسم ملامح شخصية الطفل، حيث ترى أن هناك علاقة ارتباط بين أساليب المعاملة الوالدية المختلفة وبين أنماط الشخصية على الدور الكبير الذي تلعبه أساليب التربية الوالدية في إرساء دعائم شخصية الطفل، ترى أن السمات المميزة لشخصية الطفل قد تستمر معه حتى سن متقدم. فاتجاهات الأمن والطمأنينة مثلاً تميل إلى الاستمرار حتى ولو واجه الفرد أحداثاً تؤدي إلى إحباطات شديدة قاسية، كما تميل اتجاهات الثقة إلى الاستمرار حتى ولو واجه الفرد مواقف يشعر فيها بالارتياح والأمن والطمأنينة.[٣٥]

وللاتجاهات الوالدية السالبة آثاراً سلبية على نمو الطفل النفسي وتوافقه الاجتماعي والطفل الذي يبدأ ينظر لنفسه على أنه غير مرغوب فيه أو منبوذ من أفراد الأسرة ربما يمتد في حياته شعور عميق من عدم الاستقرار، بل يصبح في حالة دائمة من الاضطراب، وقد يجد من الصعوبة تغيير نظرته النفسية بعد ذلك حتى ولو مر بخبرات عديدة مغايرة في الكبر فالخبرة المبكرة تكون ذات تأثير بارز أحياناً في نمو شخصية الفرد.[٣٦]

ويمكن تحديد الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المكفوف بما يلي:

١- الرفض.
٢- الحماية الزائدة.
٣- التقبل.
٤- الإهمال.
٥- التفرقة.

١ – الرفض:

إن الطفــل مرفوض إذا كان أحد الأبوين أو كلاهما يكرهه أو لا يريديه. وهذا موقــف يــؤدي بالضـــرورة إلى عدم الوفاء باحتياجات الطفل للحنو والانتماء، كما يســلك بعــض الآباء مع أبنائهم أنماطاً مختلفة من السلوك تدفعهم إلى الشعور بأنهم غيــر مــرغوب فيهم وكلما تكرر هذا السلوك خاصة في المراحل الأولى من حياة الطفــل أثــر ذلك تأثيراً بالغاً في تكوينه النفسي وذلك لأن الطفل في هذه الفترة من فترات النمو يعتمد اعتماداً كلياً على والديه، ولكن إذا ما تعرض الطفل لهذه الأنماط الســلوكية فــي مــرحلة متأخرة كمرحلة المراهقة مثلاً فإن آثار الإهمال والرفض والنبذ تكون محدودة.(٣٧)

هــذا بالنســبة للطفل السوي ولكن الأمر يختلف بالنسبة للطفل المكفوف فهو يظــل معــتمداً علــى والديــه فتــرة طويلة من حياته ويحتاج إلى الشعور بالحب والعطــف، والــرفض والنبذ من جانب الوالدين يجعل الطفل عرضة للاضطرابات الانفعالــية هذا بجانب الاضطرابات التي تفرضها الإعاقة، والرفض قد يجعل الطفل يسلك سلوكاً عدوانياً تجاه المجتمع نتيجة للإحباط المستمر الذي يتعرض له من قبل الوالدين.

وقــد وضـــحت دراسات "سومرز" Sommers أن وجود طفل مكفوف في الأسرة يؤثر على اتجاهات الوالدين حيال هذا الطفل فمشاعر الحزن والأسى وخيبة الأمــل وايضاص مشاعر اللوم والذنب وتأنيب الضمير قد تجعل الوالدين أو أحدهما يشــعران بــرفض هــذا الطفــل ونــبذه والحاجة إلى التخلص منه بإيداعه إحدى المؤسسات وقد يكون هذا الرفض له تأثير سيئ على نمو شخصية الطفل المكفوف، وقــد يؤدي إلى نمط سلوكي غير مرغوب فيه كالسلوك الانسحابي أو قد يؤدي إلى أنماط سلوكية أخرى تؤدي إلى سوء التكيف.

ويوضـــح آرثر جين وآخرون أن هناك أسباب عديدة للرفض من بينهما سوء المواءمة الزوجية فشعور الأم نحو زوجها الذي تبغضه قد يمتد إلى الطفل، والزوج



قد يكره طفل الزوجة التي لا يحبها، ومن الأشياء الهامة ولادة الطفل في البيوت ذات المستوى الاقتصادي المنخفض وعدم الالتزام باحتياجات الأطفال، وقد ترجع أسباب الرفض إلى الزيجات الإجبارية أو حدوث الحمل عقب الزواج مباشرة حيث أنه لم يتح للزوجين أن يستمتعا بحياتهما معاً.

كما يكثر الرفض أيضاً في الأطفال غير الجذابين، كالأطفال المعوقين أو الذين تنقصهم صفات كصفة الجمال أو حسن تكوين الأعضاء أو وجود العقل، فوجود صفة معينة في طفل أو نقصها قد يجعله يبدو لأبويه غير جذاب، وهذا قد يؤدي إلى رفضه أو عدم الرغبة فيه. (٣٨)

وتأثير الرفض على الطفل يؤدي إلى الرغبة في الانتقام من الناس للعداوة التي يبديها له الأبوان المتمثلة في الشعور بالهوان والقلق. كما يميز الأطفال المرفوضون أنهم يبدون سلوكاً عدوانياً. وفي الغالب يطالبون هدايا ومنحاً خاصة ويكونون سلبيين مشاكسين، متمردين، كذابين، وكثيراً ما يبرعون في ابتكار الحيل التي تضايق الكبار.

ثم يظهرون ميلاً خاصاً إلى السلوك الإجرامي. وكثير منهم يصطنعون نوعاً من البرود الانفعالي الظاهري استجابة لما يقابلونه به من صدود. وينتج عن ذلك أنهم إذ لقوا شيئاً من العطف استجابوا له بعدم المبالاة أو بالعدوان. وقد يعبرون عن مشاعر الهوان العميق بأشكال مختلفة من التعبير كالمخاوف والميل إلى العزلة. وقد يؤدي بهم القلق إلى سلوك غير معقول. (٣٩)

الحماية الزائدة:

يقصد بالحماية الزائدة القيام نيابة عن الطفل بالواجبات أو المسئوليات التي يمكنه أن يقوم بها والتي يجب تدريبه عليها إذا أريد له أن يكون شخصية استقلالية. فالأبوان اللذان يتخذان لأبنائهما اتجاه الحماية الزائدة في التربية لا يعطيانه الفرصة للتصرف في كثير من الأمور كالمصروف أو اختيار الملابس أو الدفاع عن النفس وما إلى ذلك. بل يتحملان نيابة عنه كل هذه الأمور.

والأم التي تتبنى اتجاه الحماية الزائدة نحو ابنها تعمد إلى عدم إعطائه الفرصة للتصرف في كثير من أموره. كمصروفه أو اختيار ملابسه أو اختيار أطعمة يفضلها أو الدفاع عن نفسه إذا ما اعتدى عليه زميل له في المدرسة أو النادي بل أنها تتحمل هي نفسها نيابة عنه كل هذه الأمور دون إشراكه فيها رغم أنها تعتبر من أموره الخاصة.

ومن المظاهر الأخرى للإفراط في الرعاية أنه يوجد من الآباء ما يساوره القلق لدرجة الفزع حول سلامة أبنائه من الخطر أو المرض فيفرض نظاماً معيناً من الطعام عليهم خوفاً على صحتهم، ويشرف على بعضهم حتى في المنزل ووسط رفاقهم ويتابع كل حركات أطفاله وسكناتهم خوفاً من تعرضهم للخطر إلى غير ذلك من مظاهر الإفراط في الرعاية.(٤٠)

ومن بين الأسباب التي تدفع بالوالدين إلى المبالغة في حماية أطفالهم شدة الألم في عملية الوضع حيث أن ذلك يجعل الأم تزيد من رعايتها لوليدها فتحيطه بسياج قوي من الحماية، مرض الطفل الطويل في الطفولة المبكرة يدعو الوالدين إلى شدة العناية، إصابة الطفل بعاهة كف البصر مما يدعو للعطف عليه أكثر من اللازم. فالوالدين يشعران بأنه عاجز يختلف عن أخوته ومن ثم فهو في حاجة إلى أكثر إلى الرعاية، رغبة الوالدين الشديدة في إنجاب طفل من جنس معين "ولد مثلاً" فإذا ما أنجب الوالدان هذا الطفل كان محل رعايتهما الزائدة.

وتأثير الحماية الزائدة على الطفل المكفوف وأثارها في تكوين سلوكه يتضح من وجهة نظر (مصطفى فهمي) وهي:

- حرمان الطفل من الفرص التي تساعده على التعلم لأنه تعود أن يصنع له كل شيء ولذلك نجده لا يستطيع مواجهة الحياة ومشكلاتها عندما يصبح كبيراً فطالما أن الطفل في صغره يجد من يطعمه ويهتم به في لهفة عليه وخوف من أمره فهو في غير حاجة لتشكيل نفسه بمثل هذه الأمور وبالتالي يكون معتمداً على غيره لا يعرف كيف يتصدى لتحمل مسئولية ما.

- إن هذا الطفل الناشئ في حماية تجاوزت حدودها ورعاية فاقت كل تقدير يصعب عليه تكوين علاقات ناجحة مع غيره من الناس.
- كذلك تبدو على أمثال هؤلاء الأطفال الرغبة في الخضوع والخشوع والطاعة في غير ما تجب الطاعة وشدة الحساسية فيما يتعلق بعلاقاتهم مع الآخرين.
- إن الطفل الذي تربى في مثل هذه الرعاية. وحكمت سلوكه مثل هذه الرقابة تعوزه الشجاعة اللازمة في حياته ويشعر بالعجز وفقد الثقة بالنفس إذا ما واجهته مشكلة حيوية تمس صميم حياته. فهو في هذا يحس بعدم القدرة إذا ما قورن بغيره من الناس.
- كذلك تبدو عليه مظاهر الإهمال وسوء النظام وتصدر عنه أخطاء دون مبالاة فوق كل هذا ليست لديه رغبة في إصلاح هذه الأخطاء.

ويرى "كرسون" Carrison أنه تظهر عادة خصال معينة لدى الأطفال المكفوفين الذين يعاملون بحماية زائدة، فهم في المقام الأول، يكونون غير عاطفيين لا يجدون لأنفسهم الفرصة كي ينمو نمواً عاطفياً سليماً، وأيضاً يؤدي ذلك إلى عدم نضجهم الاجتماعي، فتعوزهم الثقة والاعتماد على النفس حيث نجد أن الأم عادة تحجب عن أطفالها المواقف الصعبة وغير ذلك من الأمور التي تجعل شخصية الطفل تفسد ويصبح متمركزاً حول ذاته، أناني، يستجيب ببرود للمهام والأعمال التي لا يستطيع أن يفعل حيالها شيئاً.

إن سيطرة الحماية الزائدة على الطفل، تجعله خاضعاً مطيعاً انسحابياً عندما تواجهه أي صعوبة. (٤١)

ويذكر Mittler أن والدي الأطفال المكفوفين قلقون ومهتمون بهم لحمايتهم، ويميلون إلى الحماية الزائدة لذلك يظهر هؤلاء الأطفال كأنهم مختلفون عن الطفل العادي، وأن هذا التأخر ليس فقط تأخر اجتماعي أو عقلي لكن أيضاً يؤدي إلى سوء توافق كبير في الوقت الذي يحسب عليه أن يذهب إلى الحضانة.

٣- التقبل:

يتميـــز أســـلوب التقبل بالميل الحاد أو الاهتمام القاطع بالصغير أو الحب له. فالـــوالدان المتقـــبلان ليسا واعين فقط في الطفل ومهيئين ومستعدين له بل أيضاً لا يجد أن في رعاية الطفل مهمة صعبة أو عملاً شاقاً. ومن صفات الطفل المتقبل من قبل والديه أن يكون متعاوناً ودوداً مخلصاً يتمتع بالثبات الانفعالي واثقاً من نفسه.

أما عن تقبل الطفل المكفوف فإن التقبل الواقعي والحقيقي لإعاقته يتوقف على علاقـــة الوالدين بالطفل وتفهمهم لأوجه النقص لدى طفلهم، بل أن تفاعل الطفل نحو هـــذا الـــنقص يتأثـــر إلى حد كبير بموقف الوالدين ولكنه من الصعب معرفة ميل الدفاعـــية النفسية المختلفة التي تحد من التقبل الحقيقي لوجود هذا الطفل المعوق في الأسرة. (٤٢)

ومـــن الأســـباب المعـــوقة لتقبل الوالدين للطفل المكفوف. هو رفض الوالدين تشـــخيص حالـــة طفلهم المكفوف بطريقة موضوعية فعقب تلقي صدمة كف بصر الطفـــل أو التنـــبه إلى احتمال وقوع ذلك تهرع الأسرة إلى مختلف الوسائل الطبية وغير الطبية حيث تبدأ رحلة غير سارة تطوف فيها على مختلف الأطباء والعيادات الخاصة والعامة. وتتعلق الأسرة بأوهى الآمال في سبيل إنقاذ كف بصر الطفل وقد تضـــحي بالكثير من المال والجهد مكلفة نفسها ما تطيقه وما لا تطيقه وقد ينتهي بها الأمر إلى أن التردد على الدجالين وأدعياء الطب. (٤٣)

إن من أهم العوامل التي تساعد الوالدين على التقبل الحقيقي لإعاقة طفلهم هو إخبارهم بالحقيقة كاملة عن مرض هذا الطفل، ومدى فاعلية العلاج معه والمستوى الذي يمكن أن يصل إليه هذا الطفل، لا يعيشوا في وهم كاذب.

وينصـــح لونفيلد Lowen Field بألا تجاب احتياجات الطفل المكفوف أكثر ممـــا هـــو ضـــروري وفعلـــي، أي لا يحتاج إلى نوع من التركيز على احتياجاته، بـــل علـــى العكـــس نفضل معاملته كطفل سوي، لكن بشيء من الحذر بسبب قيده وعجزه.

كما تؤكد "آرث" إلى أنه توجد ثلاث احتياجات أساسية، إذا استطعنا أن نوفرها نستطيع أن نصل بالطفل المكفوف إلى شاطئ الأمان وهي:

١- إنه يحتاج قبل كل شيء إلى الحب، الذي هو بطبيعة الحال أسى شيء في الحياء الأسرية، لكن هذا الحب، الذي هو مقرون بالحماية الزائدة لأن ذلك النمط من الحب العاطفي وتعتبر محاولة لتعويضه عن فقد بصره.

٢- شعوره بالأمن، هذا الشعور الذي يستمر طوال الحياة ولا يمكن أن يشعر به إلا في منزله، ويجب أن يتساوى فيه مع باقي الأطفال.

٣- الحاجة النفسية وهي أن يشعر الطفل بلذة القدرة على الأداء.

٤ – الإهمال:

يحدد الإهمال بأنه ترك الطفل دون تشجيع على السلوك المرغوب فيه أو استحسان له. وكذلك دون محاسبة على السلوك المرغوب عنه. كذلك ترك الطفل دون توجيه إلى ما يجب أن يفعله أو يقوم به أو إلى ما ينبغي أن يتجنبه.

إن اتجاه الإهمال غالباً ما ينتج من عدم التوافق الأسري الناتج عن العلاقات الزوجية المحطمة وربما لعدم رغبة الأم في الأبناء. حيث تشعر أن مجيئهم غير مرغوب فيه لأي سبب كأن يولد الطفل مكفوفاً أو به عاهة من أي نوع تحبط مشاعر الأم التي لم تكن ترغب في أن يكون طفلها على هذه الحال. فتلجأ إلى إهماله وعدم الرغبة في تربيته ويتضح اتجاه الإهمال في صورتين. إما في صورة لا مبالاة.

فحين يبكي الطفل من الجوع أو طلباً للنظافة تتركه الأم ولا تستجيب لبكائه وإذا كان يتحرك ويتكلم تتركه دون ضوابط لسلوكه.

والصورة الثانية من صور الإهمال تكون في شكل عدم الإثابة على السلوك المرغوب فيه كأن يقدم الطفل لأمه نتيجة عمله ومجهوده فلا تشجعه بل قد تسخر منه وتسبب له الإحباط.



وقــد يتخذ الإهمال أشكالاً متعددة. تثير في الأطفال مشاعر عدم الرغبة التي تتضح مظاهرها كما يرى مصطفى فهمي في:

- إهمال الأطفال وعدم السهر على راحتهم من ناحية المأكل والملبس.
- التهديد بالعقاب البدني بقصد تعويد الأطفال النظام والطاعة.
- إهمال الطفل لأنه معوق وذلك لعدم الرغبة فيه.
- إذلال الطفــل ويأخــذ هــذا الإذلال صوراً متعددة كالنقد أو السخرية أو اللوم أو المقارنة بين الأطفال في أمور تقلل من شأنهم في نظر أنفسهم.
- عــدم حماية الأطفال والاهتمام بشئونهم ويأخذ ذلك مظاهر مختلفة، وضع سرير الطفــل فــي مكــان معرض لتيارات الهواء الباردة. أو وضع مكتبه في مكان ضعيف الإضاءة.

ونــتائج هــذا الاتجــاه وأثاره على شخصية الطفل المكفوف أن إهمال الطفل وعــدم الــرغبة فيه قد يفصد الطفل الإحساس بمكانته عند أسرته ويفقده الإحساس بحــبهم لــه وانــتمائه إليهم. وغالباً ما يترتب على هذا الاتجاه وجود شخصية قلقة مترددة تتخبط في سلوكها بلا قواعد أو حدود فاصلة واضحة.

وغالباً ما يحاول مثل هذا الطفل، الانضمام إلى جماعة يجد فيها مكانته ويحس فــيها بــنجاحه ويجــد فيها العطاء والحب الذي حرم منه نتيجة إهماله في صغره وغالباً ما يصبح مثل هذا الشخص من الشخصيات المتسيبة غير المنضبطة في أي عمل يقوم به ويصبح فاقد الحساسية الاجتماعية التي افتقدها في أسرته فيسهل عليه الاعــتداء ومخالفــة القوانين والنظم التي يجب أن يحترمها الفرد ولكنه لا يستطيع ذلك.

٥- التفرقة:

تحــدد التفرقة بأنها عدم المساواة بين الأبناء جميعاً والتفضيل بينهم بناء على المركز أو الجنس أو السن أو أي سبب عرضي آخر.

وكــذلك فــإن التفرقة على أساس ترتيب الولد: قد يكون لأن الطفل هو أصغر أخــوته وبالتالــي فهــو يتميز عنهم في الملبس والمصروف والامتيازات الأخرى باعتــباره الطفــل الأصغر ويظل الطفل صغيراً في نظر أمه حتى بعد تخرجه من الجامعـــة وتصـــر على تفضيله عن أخوته كما تعمل على أن يقدموا له الامتيازات التي كان يتمتع بها وهو صغير.

التفـــرقة أســـلوب يتبعه الوالدان في معاملة الأبناء فلا يساويان بين الأخوة في المعاملة بل قد يميزان أحد الأخوة على حساب الآخرين فقد يميزان الابن الأكبر أو الأصـــغر أو المـــريض أو المـــتفوق أو لأي سبب آخر. ويزداد إدراك الطفل لهذا الجانـــب مـــن المعاملـــة إذا كـــان هو شخصياً هدفاً للتحيز ضده. وهناك كثير من المواقـــف الـــوالدية التي تظهر فيها هذه التفرقة كأن ينصف الوالدان الطفل الأكبر دائمـــاً ويعطـــونه حقوقاً أكثر. أو أن يقيدوا حرية الطفل أكثر من أخوته أو يميزان أحـــد الأخوة أكثر من الآخرين في الملابس والنقود وأدوات اللعب أو يميزان الطفل الأصغر ويقومان برعايته بطريقة زائدة. (٤٤)

أما من ناحية الآثار المترتبة على هذا الاتجاه فهي: تكون شخصية الابن أنانية حاقـــدة تعودت أن تأخذ دون أن تعطي. تحب أن تستحوذ على كل شيء لنفسها أو علـــى أفضـــل الأشياء لنفسها حتى ولو على حساب الآخرين، شخصية تصر على عـــدم انـــتهاء واجبات الآخرين نحوها فهي دائماً لا ترى إلا ذاتها واحتياجاتها دون اعتـــبار لواجباتها نحو الآخرين، شخصية تعرف ما لها ولا تعرف ما عليها، تعرف حقوقها ولا تعرف واجباتها.

علاقة المكفوف بأخوته:

بعـــد الـــوالدين يـــبدأ الطفـــل في توسيع عالمه، ليشمل باقي أعضاء الأسرة وخصوصـــاً أخـــوته، وعلاقة الطفل المكفوف بأخوته مجال مجهول بعض الشيء الـــرغم مـــن وجود بعض الملاحظات التي يمكن أن نعتمد عليها. وتوجد متغيرات كثيرة يجب أن توضع في الاعتبار في علاقة الطفل المكفوف بأخوته، جنس الطفل،

والســـن والطبع تلك عوامل لها أهميتها. ويذكر "لونفيلد" Lowenfeld أنه يجب علـــى الـــوالدين أن يشجعوا أطفالهم ليتقبلوا أخاهم المكفوف، لكن بالطبع عليهم أن يـــتوافقوا مـــع بعض المشاكل الاعتيادية بين الأخوة مثل التنافس، ونجد أخوه الطفل المكفـــوف يشعرون بالغيرة والتنافس بسبب اهتمام الوالدين بأخيهم المكفوف عنهم. وقـــد يصل الشعور إلى الكره لأخيهم نتيجة استحواذه على اهتمام الوالدين به، وقد يـــؤدي ذلـــك إلى السخط وليس هذا فقط بل قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية وسوء توافق لدى الأخوة الأسوياء.

ويضيف Seligman بأن أخوة الأطفال المكفوفين يشعرون بمشاعر الغضب أكثـــر مـــن أخوة الأطفال الأسوياء فهم يشعرون بالإهمال من جانب الوالدين لذلك يجب على الوالدين أن يتفهما دورهما تجاه كل طفل من أطفالهم.

ويجـــب علـــيهما أيضاً أن يوزعا اهتماماتهما بالتساوي بين أولادهما حتى لا تـــتكون مشـــاعر غيـــرة وتـــنافس أو كـــره إلا سيصبح الطفل المكفوف منبوذاً أم مرفوضاً، وبالتالي تتأثر علاقته معهم وعلاقته خارج أسرته.

علاقة الطفل المكفوف بمجموعات الأقران:

من خلال الأمان الذي يكتسبه من علاقاته مع عائلته، نجد أن الطفل المكفوف يـــندفع إلـــى خـــارج أسرته، وربما يكون الطفل المكفوف معاقاً في تكوين مثل هذه العلاقـــات في أعمار معينة، فهو يفتقر إلى حاسة البصر التي يحتاج إليها في بداية تكـــوين علاقاته مع أقرانه، لأن الأطفال المبصرين يقلدون أقرانهم بواسطة البصر وأن تفـــاعلاتهم تمدهم بالتغذية المرتدة الضرورية ليعرفوا ما إذا كانوا مقبولين من تلك المجموعة أم لا، فحاسة البصر تمد الطفل وتساعده على الحركة داخل علاقاته وخصوصاً مع أول طفل ثم مع المجموعة.

إنـــه من أقصى المواقف التي يتعرض لها المكفوف. ولها تأثير على شخصيته مواقـــف سخرية والإبعاد التي يقفها الأطفال المبصرون منه، ويتجلى في منعه من مشـــاركتهم ألعـــابهم وضحكهم عليه وهزئهم منه. المكفوف يشعر بأن تلك المواقف

اضـــطهاده له وإساءة إليه، وقد يجد المكفوف أمام مواقف أخرى تغلب عليها سمات الشفقة والرأفة وتوفير الحاجات له. (٤٥)

لـــذلك فإن عملية التنشئة الاجتماعية، منذ البداية يجب أن تمنع أي معوقات أو صـــعوبات فلكي تجعل الإنسان المكفوف مقبولاً من جماعة الأقران، يجب أن يتقبل أولاً مـــن أســـرته ثـــم من الجيران، وإذا كان الطفل المكفوف، مقبولاً من الوالدين ويشـــعر بالـــراحة والطمأنيـــنة والـــثقة بالـــنفس، فإن ذلك ينعكس على علاقته مع أخـــوته وإذا شعر بالقبول من أخوته يستطيع أن يبدأ في تكوين علاقاته مع جماعة الأقـــران. فـــيجب علـــى الـــوالدين أن يمد يد المساعدة للطفل المكفوف كي يشعر بالـــراحة في مختلف المواقف الاجتماعية، حتى يعامله الذين من حوله بنفس الراحة والطمأنينة.

علاقة المكفوف بالمبصر:

عـــدد كبير من المكفوفين، يشعرون بأن المبصرين ينظرون إليهم نظرة شفقة ورثاء وعطف أو اتجاهات سالبة نحوهم.

علـــى العكـــس مـــن جانب المبصرين الذين ينظرون إلى المكفوفين على أنهم يعانـــون من فقد البصر الذي يكاد يمزقهم. ومن مركبات النقص نتيجة الفجوة التي بينهم. إن هذا يسبب سوء الفهم والفكرة الخاطئة التي توجد لدى كل منهما.

وأن أغلبـــية هذه الاتجاهات لدى المبصرين تغيرت وتبدلت من الشفقة والرثاء إلى المساعدة بعد اتصالهم بنظائرهم المكفوفين.

طرق تعليم وتدريب المكفوفين:

أ- طريقة برايل:

تقوم هذه الطريقة على الأساس التالي:

- قلـــم عـــبارة عـــن مسمار مثبت في منطقة خشبية أو ألومنيوم مناسبة من حيث الشكل والحجم بحيث يتمكن الكفيف من الكتابة عليها بسهولة.

- مسطرة معدنية تتكون من فرعين متصلين من طرف واحد بواسطة مفصلة بحيث يتحرك الفرعان بسهولة، والفرع العلوي مقسم إلى خانات في صفوف تختلف باختلاف حجم المسطرة، والخانة العلوية عبارة عن مكان مفرغ مادة المسطرة، وكل خانة مقسمة إلى ست أقسام، وكل قسم به رقم، ومن هذه الأقسام الستة يستطيع الكفيف أن يكون جميع الحروف، أما السطح السفلي فخانته غير مفرغة تحتوي كل منها على ست ثقوب تقابل الستة في الفراغ العلوي.
- تتحرك حفرتين غير عميقتين تحتويان على ثقوب متقابلة تثبت فيها المسطرة عن طريق بروازين يوجدان في الفراغ السفلي للمسطرة، ويوجد في الطرف العلوي من اللوحة الخشبية مفصلة فائدتها تثبيت الورق على اللوحة، وتتم طريقة الكتابة بأن الكفيف يمر بأصابعه على النقاط البارزة فيتعلم القراءة.
- الورق الذي يستخدمه الكفيف هو من النوع السميك حتى يستطيع عليه الكفيف كتابة الكلمات البارزة دون أن يثقب (فتحي عبد الرحيم، ١٩٨٨).

ب- طريقة تيلور:

تستخدم لوحة تيلور لحل العمليات الحسابية باستخدام رموز خاصة، وهي عبارة عن لوحة معدنية بها ثقوب على شكل نجمة لها ثماني زوايا في صفوف أفقية ورأسية في نفس الوقت، أما الرموز والأرقام فهي عبارة عن منشورات رباعية مصنوعة من المعدن، ويوجد نوعان من الأرقام يستخدمان في العمليات الحسابية (رونالد سميسون ونورمان وأندرسون، ترجمة عبد المنعم حسين، ١٩٨٩)، وقد استبدلت هذه الطريقة بطريقة المعداد الحسابي.

جـ- المعداد الحسابي:

وهو مستطيل الشكل، مكون من ١٣ عموداً متوازياً، في كل منها خمس خرزات، تتحرك بسهولة إلى الأعلى والأسفل، كما يقسم أفقياً إلى جزئين، الجزء

العلوي وفيه خرزة واحدة في كل عمود، والجزء السفلي وفيه أربع خرزات في كل عمـــود أيضـــاً، كما توجد في أسفل كل جزء نقاط بارزة تعمل كفواصل في قراءة الأرقام الحسابية (فاروق صادق).

ويجـــب التنويه إلى أن برامج ومناهج تعليم المكفوفين تبدأ منذ الحضانة وحتى نهايـــة التعلـــيم الـــثانوي والفني، وتعد مناهج الأطفال المكفوفين هي نفس المقدمة للأطفـــال العاديين والاختلاف أو الفارق في الطريقة والأساليب التدريسية ومن يقوم بتنفـــيذ تلـــك الطـــرق، كمـــا أن طـــريقة التدريس يتم اختيارها في ضوء الأهداف الإجرائية للدرس ومحتوى الدرس من أفكار ومعلومات.

كمـــا أنه من الضروري والمهم إضافة مقررات مهنية وأنشطة مختلفة بجانب المقـــررات الدراســـية النظـــرية، لأن هذه المقررات يكتسب المكفوفون من ورائها خبـــرات تناسب ميولهم وحاجاتهم مثل: التدريب على الآلة الكاتبة، والمهن البسيطة مـــثل عمـــل الســـجاد والسلال، وبعض النواحي الفنية والموسيقى والتدبير المنزلي والتربية الرياضية.

وهـــذا كله ينمي لديهم الثقة بالنفس والاستقلال والتعاون وزيادة تكيفهم النفسي والاجتماعي.

المهارات الأساسية المتضمنة في البرنامج التربوي لتعليم المكفوفين:

١ – مهارة القراءة والكتابة:

ويـــتم تنمية هذه المهارة وتعلمها باستخدام طريقة برايل التي تقوم على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس.

٢ – مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الأبكس:

وتـــتم بطـــريقة المعداد الحسابي حيث يتعلم الكفيف إجراء العمليات الحسابية، كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور، وكذلك في حساب النسبة والجذر التربيعي (Davidow 1978 في فاروق صادق).

٣- مهارة الاستماع:

ويتم ذلك من خلال اعتماد الكفيف على الكتب الناطقة أو الأشرطة المسجلة، ويمكن تنمية مهارة الاستماع لدى الكفيف بواسطة تعريضه لمواد مسموحة في أوقات معينة، بحيث يطلب منه فهم المادة المسموعة والتي تزيد كميتها تدريجياً، في فترات زمنية متدرجة. (المرجع السابق).

٤- مهارة فن الحركة والتوجيه:

تشمل هذه المهارة جانبين أساسيين:

١- التوجيه أو التهيؤ، وهي عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه، وعلاقته بجميع الأشياء الأخرى في بيئته. (Hill, 1986 في فتحي عبد الرحيم، ١٩٨٨).

٢- الحركة، وهي قدرة واستعداد وتمكن الشخص من التنقل في بيئته، وتمثل مهارات التوجيه الجانب العقلي في عملية التنقل، بينما تمثل الحركة الجهد البدني المتمثل في الأداء السلوكي للفرد. (المرجع السابق).

ويعتبر التدريب على مهارة التوجيه والحركة من مجالات المعرفة الجديدة، وبعد أن كان يستخدم مع المعوقين بصرياً فقط، أصبح يشمل تلاميذ المدارس، وضعاف البصر، والمكفوفين، ومتعددي الإعاقات.

وفي هذا النوع من المهارات يعتمد الكفيف على حاسة اللمس، اعتماداً أساسياً في معرفة اتجاهه، وقد يوظف حاسة اللمس تلك في توجيه ذاته، فقد يحس بأشعة الشمس، أو الرياح، ويوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو الشرق (صباحاً) ونحو الغرب (مساءاً)، كما قد يوظف حاسة السمع في توجيه ذاته نحو مصدر الصوت، وقد استعان الكفيف على مر العصور بالعديد من الوسائل التي استخدمها في تعليمه من الحركة مثل:

- الدليل المبصر.

- الكلاب المرشدة.
- العصـــا البيضاء التي تعمل بأشعة الليزر، حيث تنبه الأشعة الصادرة عن العصا الكفـيف بالعوائــق التي تصادفه، وذلك بإصدار أصوات من مكبر الصوت مثبت على العصا نفسها.
- النظارة الصوتية.
- الأجهــزة الصــوتية مثل الجهاز الذي يوضع حول العنق والذي ينبه الكفيف إلى العوائــق التـــي تصـــادفه، والجهاز الذي يحمل باليد، والجهاز الذي يوضع حول محيط رأس الكفيف. (فاروق صادق).

٥- مهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية:

ويقصـــد بذلك تنمية مهارة ما تبقى لدى المعاق بصرياً من قدرة بصرية، وقد تــتم بطـــرق متعددة مثل: استخدام النظارات المكبرة، أو لستخدام الكتب المطبوعة بحـــروف كبيرة، وتفيد هذه الطريقة في سرعة الحصول على المعلومات المقروءة مقارنة بطريقة برايل وغيرها.

٦- مهارة الاتصال اللفظي ونمو المفاهيم:

والتـــي تخـــتص بالجانب اللفظي من اللغة وقد أثبتت العديد من الدراسات أن الطفــل الكفــيف يعانـــي من اللغة وقد أثبتت العديد من الدراسات أن الطفل الكفيف يعانـــي مـــن مشـــكلة التواصل اللفظي والتعبيرات بمفهومها الشامل، إذ يتمكن من إعطـــاء تعريف لغوي صحيح للكلمة، ولكنه لم يتمكن من تعيين الشيء الذي ترمز له تلك الكلمة.

وقـــد اتضح أن المفهوم اللفظي يرتبط بكل من العمر الزمني والذكاء والخبرة الشخصـــية للفـــرد، وأن اكتســـاب المفاهـــيم اللفظـــية يـــرتفع في الأشياء المتعلقة بالمـــزروعات، والمأكولات، والطبيعة، وتنخفض في الأشياء المنزلية، والمجتمعية، والملبوســـات، وقـــد أوصى هارلي بتصميم برامج خاصة تهدف إلى تعليم الأطفال المكفوفـــين المفاهيم البسيطة التي يتمكن أقرانهم المبصرون من اكتسابها عن طريق



الـتعلم العرضي (Harely, 1963، في محمد عبد المؤمن ب.ت). وقد ركز سيد صــبحي (١٩٩٦) علــى ضرورة تنمية المفاهيم الأساسية لدى الطفل والتي تتعلق بحياته العملية مثل:

- حساسية التعامل مع صدى الصوت.
- حاسة الشم وأهميتها في نمو المفهوم.
- إدراك الوقت والمسافة.
- كيف يتعرف الكفيف على جسمه من خلال:

١- تنمية مفهوم صورة الجسم وكيف ينمو.

٢- التعرف على أجزاء الجسم ووظائفها.

٣- التعرف على المهارات الأساسية في حياة الكفيف.

٤- جانبية الجسم واتجاهاته (يمين- يسار)..

٥- الترتيب النسبي لأجزاء الجسم.

٦- كشف حركة أجزاء الجسم.

٧- مهارة التواصل اللفظي:

وتشــمل هذه المهارة التعبيرات الوجهية كالغضب والرضى والبشاشة والحزن والشــر، وكــذلك الإشــارات عن طريق تحريك اليدين، أو العينين، أو الشفتين، أو الكتفين، أو الرأس وغيرها مما يطلق عليه لغة الجسم Body Language والتي يطلق عليها أنماط التواصل الصامت.

ويهــدف التواصــل غيــر اللفظــي هذا إما إلى تعزيز التواصل اللفظي، أو بقصــد الاســتغناء عــنه، وحيث أنه يعتمد بالدرجة الأولى على حاسة البصر، فإن المكفوفــين يفقــدون جانــباً مــن جوانب عملية التواصل باستخدام مهارة التواصل غير اللفظي.



٨- المهارات الاجتماعية:

يــواجه المكفوفين بعض الصعوبات في عمليتي التفاعل الاجتماعي واكتساب المهــارات الاجتماعــية ويرجع سبب ذلك إلى غياب أو نقص المعلومات البصرية التــي تلعــب دوراً كبيــراً في تكوين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال، فإن عملية التطبــيع الاجتماعــي تتم من خلال التقليد والمحاكاة التي تعتمد على حاسة البصر، ولــذا فالطفــل الكفــيف لا يستفيد من عملية التعلم العرضي، مما يؤثر في سلوكه الاجتماعي كطفل، وربما في قدرته على التكيف الشخصي.

وقــد أوضــحت Wortman فــي دراس قامت بها أن قيام معلمي رياض الأطفــال بتــزويد التلامــيذ المعوقين بصرياً بوصف لفظي للبيئة الاجتماعية داخل الصــف المدرســي، كذلك فإن استخدام أسلوب التلقين المباشر مع هؤلاء التلاميذ، وأســلوب التلقــين غيــر المباشر مع الآخرين واقرانهم المبصرين، كفيل بأن ينمي شخصية الكفيف ويزيد من تواصله الاجتماعي والشخصي معاً.

تأهيل وتدريب المكفوفين مهنياً:

هناك مبادئ عامة في تأهيل المكفوفين تتمثل في الآتي:

١- أســس التأهيل واحدة مع جميع أنواع العاهات ولكنها تختلف فقط في زيادة التركيز على بعضها بحسب نوع العاهة.

فللتأهيل بصفة عامة أسسه ووسائله واحدة سواء التأهيل الاجتماعي أو الطبي أو النفســي أو المهنــي.... الخ. إلا أنه في حالة المكفوفين (مقارنة بباقي الإعاقات الأخــرى) تــزداد العناية في جانب التأهيل النفسي وإعادة التكيف لممارسة شئون الحياة العادية.

٢- إعادة التكيف للحياة هي محور تأهيل الكفيف:

يشمل التأهيل للكفيف ما يلي:

- قبول الكفيف لعاهته.

- التكيف للبيئة في مزاولة شئون الحياة العادية.
- تكيف أسرة الكفيف والمتصلين به حتى يتقبلونه على حالته.

٣- خلق روح الاستقلال:

وذلـــك بمحاولـــة تدريب باقي القدرات البدنية والحواس لإحلالها محل البصر في شئون الحياة العادية ما أمكن.

٤- قبول العاهة:

يـــدخل فـــي ذلـــك توجيه الأسرة والبيئة والرأي العام والأخصائيين: القائمين بالتأهـــيل لكي يتقبلوا الكفيف كما هو، لأن المجتمع إذا قبل الكفيف قبولاً كاملاً كان من السهل عليه قبول نفسه.

٥- تجنب إظهار مشاعرنا الخاصة نحو الكفيف:

إن أي محاولـــة لإخفـــاء مشاعرنا الخاصة نحو الكفيف مثل العطف الزائد أو عـــدم التقديـــر والازدراء مـــنه، حتى لا يشعر بالنقص الذي قد يدفعه إلى تعويض النقص بوسائل شاذة من السلوك.

٦- شغل وقت الفراغ:

يهـــدف ذلـــك لعدم إغراق الكفيف في أحلام اليقظة أو التفكير في عاهته، مما يـــزيد مـــن حالـــة القلـــق والخوف والشعور بالنقص ومن ثم انطوائه وعزلته عن المجتمع.

وشـــغل وقت فراغ الكفيف لا يهدف مجرد التسلية فقط، وإنما هو علاج فعال ولجب الأداء، أساسي في برنامج التأهيل.

ويـــرى البعض عمل أندية خاصة للمكفوفين، والرأي الآخر يرى إدماجهم مع المبصرين منعاً لشعورهم بالشذوذ عن باقي أفراد المجتمع.



٧- التدريب على الحركة:

يهـدف هـذا الـتدريب إلى التقليل ما أمكن من اعتماد الكفيف على غيره في تـنقلاته. مثل تدريبه على الإحساس بوجود حاجز أو حائط أمامه أثناء السير دون أن يلمسـه أو يـراه، وتدريـبه علـى اسـتخدام العصا بطريقة فنية تقية التعثر أو الاصطدام وتعينه على صعود الدرج ونزوله في جرأة وسرعة.

٩- مراعاة الحالة العصبية والنفسية التي يتسم بها المكفوفون:

يعانـي الكفـيف مـن الإحباط وعدم المن، مما يجعله عصبي المزاج سريع الاسـتثارة، شديدة الحساسية في تعامله مع الآخرين، وبالتالي يجب على الأخصائي مـراعاة ذلـك، وأن يتم تدريب الكفيف على كيفية التعامل بجرأة مع الآخرين وثقة بالـنفس بعيداً عن الحساسية الزائدة، خاصة عندما يخطئ بسبب فقده لبصره (محمد عبد المؤمن، ب.ت).

التدريب الحاسي للمعوقين بصرياً:

تعـتمد كفـاءة المعاقين بصرياً على مدى تنشيطهم لحواسهم الأخرى المتبقية، واستخدامها بفاعلية لتعويض القصور الناجم عن فقدان الإبصار أو ضعفه. ويتطلب ذلـك أن تتضـمن برامج تعليمهم وتأهيلهم التدريب الحثيث والمنظم لحواس السمع واللمـس والشـم، حتـى تعمل بكامل طاقاتها لمساعدة المعاق بصرياً على التعامل بكفاءة أكثر مع مكونات بيئته ومثيرات العالم الخارجي.

التدريب اللمسي:

لحاسـة اللمـس أهميـتها الـبالغة فـي إدراك أشـكال الأشـياء وتركيباتها البنائـية، وحجومها، وأوضاعها في الفراغ، وقيم سطوحها (ملامسها) وفي التمييز بـين أوجـه التشـابه والاختلاف فيما بينها، علاوة على الإحساس بالضبط والألم والحرارة.

وتشمل التدريبات الخاصة بحاسة اللمس ما يلي:

١- تنمـــية المهارات الحركية الخاصة بالعضلات الدقيقة للأصابع من خلال معالجة أدوات ربط وتزرير الملابس، ولضم الخرز في الخيط، واستخدام أدوات الأكل، وتشكيل الصلصال، وطي الورق، وبناء المكعبات.

٢- تنمـية مهـــارات الانتـــباه والتذكر والتمييز اللمسي، والمقارنة بين قيم سطوح الأشـــياء، أو ملامســـها (الخشـــن والـــناعم، اللين والجامد) ودرجات الحرارة (البـــرودة والسخونة) والأشكال المختلفة (المربع والمستطيل، والدائرة والمثلث، والمكعب والاسطوانة..) والأطوال والأحجام والأوزان.

التدريب السمعي:

يتزود المعاقون بكثير من المعلومات عن العالم الخارجي عن طريق المثيرات السمعية المختلفة؛ كالأصوات البشرية والحيوانية، وحفيف الأشجار، وخرير المياه، وتلاطم الأمواج، وأصوات الرياح والأمطار، ووسائل النقل والمواصلات.

وتشمل تدريبات حاسة السمع لدى المعاقين بصرياً ما يلي:

١- تنمـــية مقـــدرة الطفـــل علـــى التعرف على حسن الإصغاء والانتباه للأصوات المحيطة به، والوعي بها وإدراكها.

٢- تنمـــية مقدرة الطفل على التعرف على الأصوات، والتمييز بينها وتعيين هويتها ودلالتها.

٣- مســـاعدة الطفل على تحديد الاتجاه الذي يصدر منه الصوت أو تحديد موقعه، ومـــا يتطلـــبه ذلك من تعلم بعض المفاهيم المكانية اللازمة لذلك (فوق وتحت، أعلى وأسفل، يمين ويسار، شرق وغرب، شمال وجنوب).

٤- تنمـــية مهـــارة الطفـــل علـــى تحديد المسافة التي يصدر عنها الصوت (قريب وبعيد).

٥- مســـاعدة الطفل على استخدام الأصوات كإشارات سمعية هادية له في التحرك داخل بيئته بأمان وكفاءة.

التدريب الشمي:

لحاســة الشم أهميتها الفائقة في إدراك الروائح التي تنبعث من مختلف الأشياء فــي البيــئة المحــيطة، كالأشــجار والنــباتات، والحدائق والمطاعم والحوانيت، والمستشــفيات، والفــواكه والخضروات والأطعمة، والحوائط والجدران، والبويات والأصــباغ، وشــواطئ الأنهار والبحار.. الخ، ومن ثم فهي تزود المعاقين بصرياً بمؤشــرات تعيــنهم فــي التعرف على مكونات البيئة المحيطة، وفي تعيين مواقع الأشياء المختلفة بها.(٤٦)

ومن بين التدريبات اللازمة لتنمية هذه الحاسة:

١- تنمية إحساس الطفل بالروائح ووعيه بها وإدراكها.

٢- تنمــية مقــدرة الطفــل علــى التمييــز بين الروائح المختلفة (لأنواع العطور، والزهور والصابون، والدخان، والمطهرات، والأدوية.. الخ).

٣- تــدريب الطفــل علــى تحديد موقع مصدر الروائح. (ليدون ولوريتا ماكجرو، ١٩٩٠، كمال سيسالم، ١٩٩٧).

ولكــي نــتفهم أكثر البدائل التعويضية التي يمكن تنشيطها لدى المعاقين من خــلال اســتثارة قواهم الكامنة، وتدريب حواسهم المتبقية واستغلالها بطريقة افضل فــي استقبال المعلومات من البيئة المحيطة بهم، وتفهمها والتعامل معها. نقتبس فيما يلــي بعــض الفقــرات مــن كتاب ألوجا سكور وخودوفا "كيف أشعر بالعالم الذي حولــي، وأتخــيله، وأتفهمــه". وكانــت أولجا قد فقدت حاستي السمع والبصر قبل بلوغها الخامسة من العمر بعد إصابتها بالتهاب سحائي، لكنها تابعت تعليمها بفضل الوسائل الخاصة وطريقة برايل، وأصبحت عضواً بمعهد المعوقين بأكاديمية العلوم التربوية بموسكو، وكاتبة وشاعرة، وتذكر أولجا سكور وخودوفا:

إن العمــياء والصــم والبكم، حيث يصفون أحاسيسهم ومداركهم وتصاويرهم العقلية، فإن انطباعاتهم الحسية إنما تصدر عن أعضاء أخرى في الجسم، فالشخص العــادي يقــول حــين يلمح عن بعد بقرة: أنني أنظر إليها هي صهباء، وبها عينان

واسـعتان جميلـتان.. أمـا الأعمـى فإنه يتحدث عن البقرة نفسها بكلمات مماثلة، ولكـنه يحلـل أحاسيسـه ومداركه بالعبارات الآتية، فحصت البقرة بيدي، فوجدت شـعرها ناعمـاً وأملس، ومست حوافرها ورأسها. فوجدت لها قروناً بدت لي شديد الصلابة.

حاسة اللمس:

تـؤدي يداي إلى حدٍ ما وظيفة العينين والأذنين ولكن قدماي تؤديان هما أيضاً دوراً لا يمكـن الاسـتغناء عـنه: فيفضلها أشعر بسهولة بأقل اختلاف في مستوى أرضـية الشـارع أو الحديقـة وذلك كلما صعدت طوار الشارع أو نزلت منه بل أستطيع أن أميز أي ميل خفيف في أرضية المنزل.

وعـندما تصافحني السيدة ل. أ بيدها، تعبيراً عن تحية الصباح، في أدرك في الحـال بعـض الأمور عن صحتها، وألاحظ أنها حزينة أو متضايقة، لقد أصبحت حركات أصابعها وتوترات يدها أو ارتجافها مألوفة عندي، ولو رايتها بعيني رأسي فـإن تعبيـر وجهها لن يخبرني عن حالتها البدنية والمعنوية بأحسن مما يخبرني به الدلالات الطفيفة التي تصدر عن اللمس. (٤٧)

ولا يفهـم الـذين يسـمعون كيف يمكن أن تكون المطالعة بوساطة الأصابع معبرة.

وقـد حاولـت مراراً، بإشارات وحركات يدوية، أن أقنع بذلك الشخص الذي يتولـى تدريبـي علـى القراءة، ولكن الأعين المبصرة قلما تدرك بسهولة الفروق الطفيفة في الأشياء التي تبدو لي ولتلاميذ معهدنا واضحة للغاية.

ويعـتمد معظـم العميان على المبصرين حين يريدون إدخال الخيط في ثقب الإبـرة، وقلـيل مـنهم من اعتاد إجراء هذه العملية بنفسه، فهؤلاء يجرونا بالكيفية الآتية:

يضـعون طـرف الإبرة الذي يوجد عنده ثقبها على طرف لسانهم ويدركون باللسان متى يدخل طرف الخيط في الثقب.

حاسة الشم:

كـنت أطالـع بعض الصحف مع "و" وفرغنا من مطالعة الصحف التي كانت معنا فذهبت "و" إلى "خ" لتحضر صحفاً أخرى، وعندما رجعت وأعطتني الصحيفة التـي أحضرتها قلت لها: لقد قرأت هذه الصحيفة من قبل، فقالت كيف عرفت ذلك؟ إننـي لم أقرأها لك بعد، فقلت لها: أنني واثقة، من رائحة الصحيفة، أنني قرأتها من قبل مع "ر. ج".

الإحساس بالألوان:

عـندما كنت أصغر سناً بقليل كنت كثيراً ما ألح على بعض أقرباتي ليشرحوا لـي مـا هي الألوان. وفي ذات يوم على سبيل المثال، صنع لي بعضهم ثوباً بلون القهـوة الممزوجة باللبن. وأعجبني تفصيله الثوب كثيراً، ومن ثم أردت أن أعرف مـا هـو لون البن فأجابني بعضهم: إنه تماماً مثل لون القهوة باللبن، هل تتصورين ذلـك، وكـنت بالتأكـيد أتصور بسهولة فنجاناً من القهوة الساخنة باللبن، ورائحتها وطعمهـا، ولكني لا أتصور لونها، عندئذ حاولت أن أتخيل شكل ثوبي بأن أتحسسه بدقة، وأنا أعلم بأن أصابعي لن تعرفني بلون اللبن.

ومـرة أخـرى سألت عن لون وشاحي، فعلمت أنه بلون الرمل، وتذكرت في الحـال رمـل حديقتنا الذي كان الصبية يسكبونه بجرادلهم ومجارفهم، ثم تمثلت في ذاكرتـي ضـفة النهـر ورملهـا الـرطب البارد، ثم شاطئ البحر المألوف عندي والمغطى بالرمل الساخن الجاف الذي كنت أدفن فيه قدمي.

الإحساس بالذبذبات:

وكمـا أحـس بالـروائح أدرك وأميـز بسـهولة مخـتلف أنواع الأصوات والصدمات التي تصدر من نقل قطع الأثاث. واستشعر الحركات عن طريق ذبذبات خشب الأرضية (الباركية). وحين أدخل مكاناً لا أعرفه أتعرف على نوع الأرضية أو السلم الموجود فيه. فإذا كان السلم من خشب بدت خطواتي ترن رنيناً أطول مما

إذا كـــان السلم من أسمنت. وسنحت لي فرص كثيرة للقيام برحلات في سفينة على نهـــر الدنيبـــر. وذات صيف لم أبرح سطح السفينة، وكنت أحس بوضوح بتنقلات السفينة، وتراءت لي حركة الآلات كأنها دقات قلب كبير كائن تحت قدمي.

وقلـــيل جـــداً من الناس ما يصدق أن الأعمى الأصم يستطيع أن "يستمع" إلى موســـيقى أو غـــناء. ومع ذلك ففي مقدور الأعمى الأصم أن يعي الصوت الآدمي، وصـــوت الآلـــة الموسيقية، ويستمتع كثيراً بذلك. ولا شك أنه لا يستمع بأذنيه وإنما يفعـــل ذلـــك بـــيديه. وهكـــذا لا أشعر بكثير من السرور حين أضع يدي على آلة موسيقية يعزف عليها بعضهم (البيانو بنوع خاص) أو على حنجرة شخص يغني أو يـــتكلم. وعندما أكون بالقرب من آلة البيانو فإن أميز أصواته، سواء أوضعت يدي على غطائه أم لم أضعها. ولا غرابه في ذلك، فإن الذبذبات الصوتية تنتشر في كل أجزاء الآلة، وتنتقل كذلك عن طريق الأرضية إلى قدمي اللتين تدركانها بدقة كبيرة حن يؤدي العازف نغمات متألقة. (٤٨)

الوقاية من الإعاقة البصرية ورعاية المعوقين بصرياً:

الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة:

ومن أهم هذه الإجراءات ما يلي:

١- الكشف الطبي على راغبي الزواج من الأقارب خاصة.

٢- توعية العامة عن طريق الوسائل المختلفة بالإجراءات الوقائية اللازمة لتحاشي إصـــابات العـــين وانـــتقال العدوى، وبمسببات الإعاقة البصرية وأعراضها، وأهمية ملاحظة الدلائل والمؤشرات المبدئية على وجودها، والتبكير في اتخاذ الإجراءات الطبية لعلاجها، والسيطرة على آثارها.

٣- تهيئة الرعاية الصحية المناسبة للأم أثناء فترة الحمل وعملية الولادة.

٤- تعميم التطعيمات والتحصينات الواقية من الإعاقة البصرية في مواعيدها المحددة.

٥- حـــث الـــوالدين علـــى الاهتمام بالتشخيص والعلاج المبكرين للإعاقة البصرية وأمراض العيون قبل استفحال آثارها.

٦- تأمين الخدمات الصحية اللازمة للأطفال وتلاميذ المدارس، والكشف الطبي الدوري عن طريق مراكز رعاية الطفولة والأمومة والمراكز الصحية، والصحة المدرسية، والتأمين الصحي، وذلك لاكتشاف المشكلات والإعاقات البصرية مبكراً.

٧- توفير النظارات الطبية والعدسات اللاصقة المناسبة للحالات المختلفة من الفقدان البصري.

٨- التوعية الإعلامية بكيفية تحسين الظروف التي يمكن أن تعمل فيها العين بأفضل أداء ممكن دون إصابتها بمزيد من الأضرار، وبالقيود والاحتياجات التي يجب وضعها في الاعتبار قبل تكليف الطفل المعوق بصرياً بأي نوع من أنواع النشاط في المنزل والمدرسة.

٩- تقدير الآثار المترتبة على الإعاقة البصرية بالنسبة للحركة والتنقل، والتوافق الشخصي والاجتماعي، والتعليم والتدريب، ووضعها في الاعتبار عند تصنيف الحالات وتخطيط الخدمات التعليمية والإرشادية اللازمة لهم.

١٠- التبكير في تدريب الطفل المعوق بصرياً على اكتساب مهارات التوجيه والحركة والانتقال بشكل مستقل، وباستخدام المعينات الحركية؛ كالعصا البيضاء بما يحقق مزيداً من التكيف مع حالته، ويقلل من اعتماديته على الآخرين.

١١- التوسع في إلحاق الأطفال المعوقين بصرياً بدور الحضانة ورياض الأطفال، لإكسابهم المهارات الأساسية والتعويضية اللازمة لنموهم، وتأهيلهم للدراسة بالمرحلة الابتدائية، مع إدماجهم في فصول المبصرين طوال الوقت أو لقضاء جزء كبير منه في هذه الفصول ما أمكن ذلك، حتى يتسنى للطرفين زيادة فرص التقبل والتواصل، وبناء علاقات وتفاعلات مثمرة.

١٢- اتخاذ الوسائل الوقائية الملائمة للحد من إصابات العيون في المصانع والورش التي تستخدم فيها بعض المواد الكيماوية والنظائر المشعة.. وغيرها مما يشكل أضراراً وخطورة على العين.

الرعاية التربوية والتعليمية للمعوقين بصرياً:

مضت قرون طويلة قبل أن يتمكن المعوقون بصرياً من الحصول على حقوقهم الطبيعية في التربية والتعليم، وقد تعرضوا خلالها لصنوف من النبذ والاضطهاد إلى حد القتل. وقد حصر "بيرثولد لونفيلد" المراحل التاريخية التي مرت بها رعاية المعوقين بصرياً في أربعة مراحل: أولها مرحلة العزل التي سادت المجتمعات البدائية القديمة، وكان ينظر فيها إليهم على أنهم تجسيد لغضب الآلهة ولعنتها، وعبء ثقيل على الجماعة أو القبيلة يضعف من قوتها وهيبتها، لذا.. رؤى التخلص منهم إما بإغراقهم في الأنهار وإعدامهم أو بنبذهم وعزلهم عن الجماعة. (٤٩)

وتمثلت المرحلة الثانية في إيداعهم بالملاجئ، واقترن بظهور الأديان السماوية التي نهت عن قتل الضعاف والعجزة والمعوزين، وحضت على الرحمة والشفقة بهم والعطف عليهم، ومن ثم أنشئت الملاجئ لإيوائهم، والعمل على إشباع حاجاتهم الأساسية في المأكل والمشرب والملبس دون بذل أي جهد في سبيل تعليمهم وتدريبهم.

أما المرحلة الثالثة فقد جاءت مع مطلع القرن السابع عشر الميلادي، وتمثلت في التحرر الذاتي للمعوقين بصرياً، وذلك بفضل مجموعة من العميان العباقرة الذين استطاعوا بجهودهم الفردية أن يعلموا أنفسهم ويبرزوا في شتى المجالات، ويبهروا مجتمعاتهم بنبوغهم، وكان لذلك أكبر الأثر في لفت الانتباه إلى ما يتمتع به العميان من استعدادات يمكن أن تنمو بالتعليم والتدريب. ثم جاءت المرحلة الرابعة لتعكس تكامل المعوقين بصرياً وإدماجهم في مجرى الحياة العادية وتهيئة الرعاية والخدمات النفسية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية اللازمة لهم. وهكذا تطورت نظرة المجتمعات إلى المعوقين بصرياً عبر مراحل مختلفة تطورت من الاضطهاد، إلى الإحسان، إلى الاحترام، فالرعاية وتمكينهم من الاندماج في الحياة العادية كأعضاء عاملين منتجين.

ثانياً: الإعاقة السمعية:

مقدمة:

يمر الفرد مراحل متعددة تنمو فيها شخصيته، وتتميز كل مرحلة بمميزات لابد للمشتغلين معه من الإلمام بها وإدراك ما تستلزمه من أسس وقواعد في العمل، فإدراك الفوارق بين مراحل النمو المختلفة، وما تتميز به كل مرحلة يساعد على إحداث التأثير المناسب في حياة الفرد، ويمكن توجيه التفاعلات نحو الغايات المنشودة بما يوفر فرصاً للنمو تتناسب مع قدراته وإمكانياته واحتياجاته في كل مرحلة.(٥٠)

وكلمة "النمو" اصطلاح بيولوجي يختص بالزيادة الجسمية الملحوظة في حجم أو تركيب الكائن الحي في فترة من الزمن، وعند استخدامها في العلوم السلوكية، فإنها تدل على العمليات المرتبطة بالزمن والتغيرات المستمرة في الوظائف التكيفة.

فالنمو عملية مستمرة، كل مرحلة منها جزء متساو من الاستمرارية، ذلك لأن كل مرحلة تجد سوابقها في المراحل السابقة وتجد حلها النهائي في المراحل التالية لها، وكل مرحلة متتابعة توفر إمكانية حلول جديدة لمسائل سابقة، في حين أن عنصراً من عناصر البقاء يتواجد دائماً، ذلك أن كل اكتساب مبكر يستمر فعالاً في المراحل التالية، بشكل أو بآخر فالفرد ينمو إلى مرحلته التالية بمجرد أن يكون مستعداً لذلك بيولوجياً ونفسياً واجتماعياً واستعداده الشخصي يقابله الاستعداد المجتمعي. (٥١)

ولا يستطيع أحد أن يجعل الطفل يخطو خطوة تالية في نموه قبل أوانها وقبل أن يكون مهيئاً لها، فإذا كان الطفل قد وصل إلى مرحلة معينة من النضج، فسوف لا يقف في طريقه شيء للنمو في الخطوة التالية. وبالتالي فإننا لا نستطيع أن نرغم الطفل على أن يتعدى حدوده استطاعته في النمو، ولكننا نستطيع معاونته في الوصول إلى أقصى حد تستطيع قدراته. (٥٢)



وعملية النمو تتضمن عمليتين متضادتين، أولهما ينتج عنها إضافة أجزاء ومميزات جديدة والثانية تتضمن اختفاء وزوال بعض المعالم القديمة، وبطبيعة الحال فإن عملية الإضافة تزداد أثراً في الأعمار الصغيرة وتبدو أكثر وضوحاً، فهي تساعد على التكوين وملائمة الصغير للمطالب المتزايدة للحياة المقبلة، بينما تزداد عملية الحذف كلما ازداد النمو ودخل الطفل في مراحل جديدة، ولكن هذا لا يمنع من وجود العمليتين دائماً في عملية النمو.

ومعرفتنا للنموذج الذي يتبعه النمو البشري يمكننا أولاً أن نعرف ما نتوقعه من أطفالنا في السنوات المختلفة، فدراسة النمو وملاحظته يؤدي إلى تفهم طبيعة المرحلة وما يحدث فيها من نمو جسمي وعقلي وعن طريق التنبؤ – ما دام الطفل ينمو بأسلوب عادي بوجه عام يستطيع المربي أن يعرف من قبل ما سيحدث له جسمياً وعقلياً فيعد العدة لاستقبال هذا التغير المنتظر، وبذلك لا نطلب من طفلنا أكثر مما يستطيع أداءه جسمياً وعقلياً.

وتنحصر القيمة التشخيصية لدراسة مراحل النمو ومعدلاته في وضع معايير المعدلات التي يصل إليها الطفل العادي في مرحلة من المراحل، فإذا تأخر الطفل في عملية من عمليات النمو عما يحدث عادة في الطفل العادي، كان هذا نذيراً بتأخر جسمي أو عقلي لدى الطفل، واستوجب هذا عناية خاصة منها بالطفل. (٥٣)

فدراسة مراحل نمو الطفل تساعد على معرفة الأحداث والخبرات التي مر بها خلال هذه المراحل، مما يفسر أوجه النجاح والفشل ونواحي الكف والإعاقة التي تعرض لها وكذلك أثرها في سلوكه وقدراته وإمكاناته. (٥٤)

وسوف نحاول فيما يلي التعرف على الاتجاهات والمداخل الأساسية في دراسة الطفولة وتطور الاهتمام بالأطفال المعوقين في مصر ثم نتعرض لتحديد مفهوم الإعاقة السمعية عند الأطفال وكذلك التعرف على بناء ووظيفة الجهاز السمعي لديهم حتى نتمكن من تحديد العيوب المتصلة بهذا الجهاز والعوامل المسببة لتلك الإعاقة.

ثالثاً: مفهوم الطفل المعوق سمعياً:

يـواجه بعـض الآباء في الأسرة- كما يواجه المدرسون أحياناً، وخاصة في مـراحل التعليم العام أطفالاً يختلفون عن الأطفال العاديين في بعض جوانب نموهم الجسـمي والحسي والعقلي واللغوي والاجتماعي والانفعالي، وقديماً كان يطلق على هـذه المجموعة من الأطفال اسم "الأطفال الشواذ" إلا أن هذه التسمية لم تجد قبولاً مـن المشتغلين بالتربية الخاصة، لهذا فقد أصبح يطلق عليهم اسم "الأطفال المعوقين Handicapped أو الأطفـال غير العاديين Exceptional ثم ساد مصطلح الأطفال غير العاديين لأنه أكثر شمولاً من المصطلح الأول.

فالطفـل غيـر العـادي هـو ذلك الطفل الذي ينحرف انحرافاً ملحوظاً عن الأطفـال العاديين وسواء كان هذا الانحراف في الخصائص الجسمية أو العقلية أو الانفعالـية أو الاجتماعـية. بحيث يستدعي هذا الانحراف تقديم خدمات تربوية له، تخـتلف فـي نوعها عن تلك الخدمات التي تقدم إلى الطفل العادي، حتى ينمو نمواً سليماً وفقاً لإمكانياته وقدراته. (٥٥)

وقـد أطلـق لفظ معوق- قديماص- على ذلك الشخص الذي فقد أحد أجزاء جسـمه أو أصـيب بعاهة أو بمرض قبل الميلاد أو بعده بما يجعله غير قادر على الاسـتجابة بشكل مناسب لما يرد إليه من منبهات سواء كانت هذه المنبهات داخلية أو خارجية.

ولعـل التعـريف الأخيـر يبرز خلطاً شائعاً بين المفهومات الخاصة بالعاهة والإعاقـة وخاصـة أن كثيراً من الكتاب استخدموا المفهومان كمترادفان- فقاموس التراث الأمريكي Ammerican Heritage Dictionary يعرف الإعاقة بأنها عجز يـتعلق بصفة خاصة بوظائف الأعضاء والتشريح، أو بأنها نقص عقلي يحول الفرد ويقيده ع الإنجاز العادي- كما أنه ينظر للعاهة، على أنها إعاقة.

وقـد اسـتقر الرأي أن العاهة ترتبط بالناحية البيولوجية، بينما الإعاقة ترتبط بالناحيه الاجتماعية.



فالمعوقـــون هـــم الأفراد الذين يواجهون مشكلات وصعوبات في التكيف مع البيـــئة التـــي يعيشون فيها بسبب عجز عضوي أو بسبب خصائص سلوكية قاصرة يتصفون بها مما يجعلهم يختلفون عن غيرهم، ومما يستلزم برامج خاصة بهم.

وتعتبـــر لجـــنة صحة الطفل التابعة للرابطة الأمريكية للصحة العامة، الطفل معـــوقاً إذا كـــان غير قادر على اللعب، أو التعلم، أو العمل، أو إنجاز ما يمكن أن ينجـــزه غيـــره من الأطفال رفقاء سنه، وإذا كان غير قادر على تحصيل أكبر عائد ممكن من استخدام مجهوداته العقلية والعضوية والاجتماعية.

ومـــن ثم، يتصف الطفل المعوق بوجود عجز ما في قدراته العامة، أو في أي قـــدرة مـــن قدراتـــه الخاصة، مما يجعل مستوى أدائه المتعلق بهذه القدرة اقل من مســـتوى أداء غيـــره من الأطفال الأسوياء الذين ينتمون إلى نفس المرحلة العمرية التي يمر بها.[٥٦]

وبوجه عام يضم التصنيف التقليدي لفئات العجز أو الإعاقة الفئات التالية:

١- مشكلات التعلم:

وتضم التخلف العقلي، والصعوبات الخاصة في التعلم.

٢- مشكلات التوافق:

وتشمل على الاضطرابات الانفعالية أو سوء التوافق الاجتماعي.

٣- مشكلات حسية:

وتشمل الاضطرابات السمعية، والاضطرابات البصرية.

٤- مشكلات التواصل:

وتشمل عيوب النطق وأمراض الكلام.

٥- الاضطرابات الحركية:

كالشلل المخلي والصرع وما إلى ذلك.[٥٧]

ويرى الباحث- وفقاً للتصنيف الأخير- أن مفهوم الإعاقة أشمل من العاهة فكل ذي عاهة معوق- بينما كل معوق لديه عاهة وهذا يؤيد أن العاهة ترتبط بالتركيب البيولوجي، بينما الإعاقة ترتبط بالتركيب الاجتماعي.

مفهوم الإعاقة السمعية:

يعرف الطفل الأصم من الناحية الطبية بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع (منذ ولادته) إلى درجة تجعله الكلام المنطوق مستحيل السمع مع أو بدون المعينات السمعية، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.

ومع أن الطفل يمكنه أن يدرك ضربات الطبل ويستجيب لصرخة، أو ينظر إلى طائرة تمر فوق رأسه، إلا أنه من الناحية النفسية والتربوية والاجتماعية يعتبر أصماً إذا لم يستطع فهم الكلام، أو يسمعون إلى حد ضئيل جداً أو أصيب سمعهم في حضانتهم أو طفولتهم المبكرة بحيث لا يستطيعون النطق أو تعلم اللغة عن طريق المحاكاة من خلال السمع. (٥٨)

وهناك قدر كبير من الخلط بين الأطفال الصم وضعاف السمع نتيجة الاختلاف في التخصص الذي ينتسب إليه واضع التصنيف.

فالبعض ينظر لضعيف السمع على أنه ذلك الطفل الذي أصيب بالصمم بعد أن تعلم الكلام وتكونت لديه حصيلة لغوية، بالرغم من أنه قد لا يكون قادراً على سماع اللهجات أو الحديث حيث يقال أن هذا الطفل عادي على خلاف الطفل الأصم فطريا، الذي لم يحصل على الكلام بشكل طبيعي نسبياً ويبدو أن هذا التصنيف قد نظر للعملية الاتصالية من وجهة النظر الفسيولوجية والتعليمية، بينما يزداد الموقف تعقيداً إذا ما نظرنا إليها من اتجاه درجات فقدان السمع ووقت ظهور الصمم، وفي هذه الحالة سنجد مصطلحات مثل الأصم والأبكم والصامت والأصم الصامت وشبه الأصم وشبه الصامت والأصم جزئياً وغيرها- وفي الواقع أن هذه المصطلحات



تكـــون ذات قـــيمة أيضاً عندما ننظر إليها من وجهة النظر الفسيولوجية والتعليمية، بيـــنما ســـتكون مضـــللة في الجوانب الأخرى. ويرى الباحث أنه يمكن النظر إلى مفهوم الإعاقة السمعية من خلال المحددات الآتية:

١- درجة ضعف السمع:

يمـــثل هـــذا العامـــل أهمية في التفرقة بين الصم وضعاف السمع من خلال التعـــرف على درجة فقدان السمع في الديسبل DB (وهي وحدة قياس التفاوت بين صوتين) مع تفسير تأثر الفرد في قدرته على سماع الكلام.

ويمكن تقسيم الفقد السمعي وفقاً لذلك إلى:

١- فقـــد سمعي من النوع البسيط Slight وهو عشرون وحدة صوتية "ديسبل" أقل من العادية.

٢- فقد سمعي من النوع المتوسط Modrate وهو يتألف من أربعون وحدة صوتية "ديسبل" أقل من العادية.

٣- فقـــد ســـمعي مـــن النوع الشديد Severe وهو يتألف من ستون وحدة صوتية "ديسبل".

* والفئة الأولى التي يمكن تركهم في الفصول العادية، على أن تكون أماكنهم المقاعد الأمامية.

* والفـــئة الثانـــية تقدم لهم الأجهزة المساعدة للسمع Hearing Aids على أن يبقوا في الفصول العادية.

* أما المجموعة الثالثة فيجب عزلهم في فصول خاصة بهم.

وفـــي إحـــدى الدراسات التي قام بها بيتسبرج Pittsburg على الأطفال في الفئة العمرية من خمسة إلى عشرة سنوات حدد فئات الإعاقة السمعية وما يصاحبها من قدرة على فهم الكلام وفقاً للجدول التالي:



فئة الإعاقة	درجة الإعاقة	متوسط مستوى السمع في الأذن الأفضل بالديسيبل	القدرة على الفهم
الأولى	ليست واضحة	أقل من ٢٥	الصعوبة غير ظاهرة في الحديث الخافت
الثانية	ضعيفة	٢٦-٤٠	صعوبة مع الحديث الخافت فقط
الثالثة	متوسطة	٤١-٥٥	صعوبة متكررة مع الحديث العادي
الرابعة	ملحوظة	٥٦-٧٠	صعوبة متكررة مع الحديث العالي
الخامسة	شديدة	٧١-٩٠	يستطيع فهم الحديث الصارخ والمجسم فقط
السادسة	شديدة جداً	٩١ فأكثر	لا يستطيع فهم الكلام الصارخ أو المجسم بالمرة

وهو يحدد طريقة حساب درجة وفئة الإعاقة للفرد على الجدول كما يلي:

١- يتم قياس مستوى السمع بالأذن الأفضل.

٢- يتم حساب متوسط مكيف مستوى السمع وفقاً للمعادلة الآتية:

متوسط مكيف مستوى السمع = درجة السمع بالأذن الأفضل + ٥ . [٥٩]

٣- يـتم حسـاب فئة الإعاقة بناء على متوسط مكيف مستوى السمع وفقاً للدرجات الموضحة بالجدول أعلاه.

وقـد يبدو هذا التصنيف المعتمد على كثافة مستويات صوت الحديث صالحاً مع الكبار ذوي اللغة أكثر من الأطفال الصغار في بداية عمرهم.

٢- السن:

يمكــن تقسيم الضعف السمعي إلى فئات على أساس العمر مع بداية الإعاقة. ففقــدان الســمع الــذي يحدث عند الولادة أو قبلها أو في خلال السنتين الأوائل من العمر قبل النطق تكون أشد الإعاقات بسبب تأثيرها على نطق اللغة.

وقــد أقرت لجنة وضع الأسماء بمؤتمر المدارس الأمريكية للصم منذ ثلاثين عــام على أهمية العمر مع بداية الإعاقة وأثرها على قدرة الفرد على الكلام والسمع فــي تعريفهم للصم وصعوبة السمع. ووفقاً لذلك فالمعوقين سمعياً يقسمون إلى ثلاثة فئات:

١- **الصــمم الفطــري (الولادي):** هم الذين ولدوا صماً ويفتقدون لوظيفة الإحساس السمعي لأغراض الحياة العادية.

٢- **الصمم المكتسب:** هم الذين ولدوا ولديهم سمع عادي وافتقدوا لوظيفة الإحساس السمعي فيما بعد من خلال حادث أو مرض.

٣- **ضــعاف الســمع أو المصــابين بصعوبة في السمع:** هم الذين لديهم إحساس سمعي ناقص، قد يكتمل وظيفته باستخدام سماعة.

العوامل المسببة للإعاقة:

يمكن تقسيم الضعف السمعي إلى فئتان وفقاً للعوامل المسببة للإعاقة وهي:

١- **عــوامل فطــرية داخلــية:** وهــو يشير إلى العوامل الوراثية للفرد، فالنقص الســمعي ينتقل من الوالدين إلى الطفل بالوراثة، وقد تظهر عدة ظروف وراثية بعــد الــولادة وفــي متوسط العمر أو بعده، فمثلاً مرض Otosclerosis الذي يصــيب الأذن الوســطى ويســبب تثبيت العظمة الركابية قد يصيب الفرد قبل الشباب.

٢- **عــوامل خارجية:** وهو يشير إلى كل الأسباب غير الوراثية والتي تحدث نتيجة المــرض أو التســمم أو الحــوادث وتسبب ضرراً أو تلف أي جزء من أجزاء



الجهاز السمعي وقد تكون بعضاً من هذه العوامل مساعدة لإحداث الإعاقة بطريقة فطرية كفيروس الحصبة الألمانية الذي يصيب الأم أثناء فترة الحمل، فيؤثر على الجنين ويجعله يولد معوق سمعياً.

٤- حالة الجهاز السمعي:

يمكن تصنيف الضعف السمعي للأغراض الطبية وفقاً للأضرار التي تصيب الجهاز السمعي:

١- **ضعف سمعي توصيلي:** وهو الذي ينتج عن وجود تلف أو ضرر بالأذن الوسطى أو الخارجية، يعترض نقل ذبذبات الصوت خلال جهاز توصيل الصوت في الأذن.

٢- **ضعف سمعي عصبي (حسي):** وهو الذي يصيب منطقة الاستقبال الحسي بالأذن وينتج عن ضرر في الممرات العصبية السمعية الموصلة إلى المخ وهي تمثل اختلالاً في وظيفة السمع.

وسنقوم بشرح تلك الأجزاء في نقطة لاحقة بالتفصيل..

٥- الاحتياجات التربوية للطفل:

يمكن تعريف الطفل الأصم وضعيف السمع من خلال حاجاته التربوية على النحو التالي:

١- **التلميذ الأصم:** وهو ذلك التلميذ ذو السمع التالف والذي يتطلب أسلوباً للتربية بواسطة أساليب مناسبة للتلميذ الذي لديه القليل أو ليس لديه لغة أو حديث مكتسب.

٢- **التلميذ ضعيف السمع:** ويمكن القول بأنه ذلك الذي لديه تلف في السمع والذي يكون نموه في الحديث واللغة- على الرغم من تخلفه- يمضي وفقاً للنمط العادي، والذي يحتاج من أجل تربيته ترتيبات خاصة أو تسهيلات معينة على



الرغم من عدم الحاجة إلى كل الطرق التي تستخدم مع الأطفال من ذوي الصمم الكامل.(٦٠)

٦- القدرة على الاستجابة للأصوات والكلام:

ويمكن من خلال هذا البعد النظر إلى فئتين:

١- **الصمم:** وهم أولئك الذين ليس لهم طبيعياً قدرة على الكلام عند قبولهم بالمدرسة.

٢- **الصمم الجزئي (ذوي السمع الناقص):** وهو الذين بدأوا الكلام بشكل طبيعي (مهما كان غير متقن) قبل دخولهم المدرسة وتصنف فئات الأطفال ذوي السمع الناقص بما يلي:

الدرجة الأولى: وهم الأطفال الذين لديهم عيوب في السمع يمكن علاجها طبياً في معظم الحالات، ولا يحتاجون إلى معينات سمعية أو نظام تعليمي خاص

الدرجة الثانية: وهم الأطفال الذين لديهم قدرة طبيعية على الكلام ولكنهم يحتاجون إلى نظام تعليمي خاص إما طوال الوقت أو جزء من الوقت، وغالباً ما يحتاجون إلى معينات سمعية

الدرجة الثالثة: وهم الأطفال الصم الذين لا يقدرون طبيعياً على الكلام عند التحاقهم بالمدرسة والكثير منهم غالباً صم تماماً ويمكن مساعدتهم بالمعينات السمعية عند تعلم الكلام.

وقد قام إيتارد Itard في أوائل القرن التاسع عشر بتصنيف الأطفال طبقاً لاستجاباتهم للأجراس والطبول وتبعه Urbantschitsch بتصنيفهم إلى:

١- صمم كامل- لا يسمع شيء.

٢- سماع اللهجة.

٣- سماع المتحرك.

٤- سماع الكلمة.

٥- سماع الجملة.

ويقــوم الــبعض بقياس و تحديد سماع الـهد ـ وفقاً لدرجة السمع (مقياس الديســبل). وبــناء علــى مــا سبق فإن الباحث يتـ ـع وجهات النظر التي تحدد الإعاقــة الســمعية وفقــاً للحالة الطبية للجهاز السمعي بجانب الاعتماد على قياس درجة السمع لتحديد فئة الإعاقة ولذلك فإنه تقسم أنواع الإعاقة السمعية إلى:

- **ضــعف سمعي حسي**: وهو ناتج عن تلف أو ضرر بالممرات العصبية السمعية الموصلة للمخ بمنطقة الاستقبال الحسي بالأذن.
- **ضــعف سمعي توصيلي**: وهو ناتج عن تلف أو ضرر بأجهزة توصيل الصوت بالأذن الوسطى أو الخارجية.
- **ضعف سمعي مركب**: وهو مركب من النوعان السابقان.

كما يمكن تحديد فئة ودرجة الإعاقة إلى:

- ضعف سمعي غير واضح أقل من ٢٦ ديسبل.
- ضعف سمعي متوسط ٢٧-٥٥ ديسبل.
- ضعف سمعي واضح ٥٦-٧٠ ديسبل.
- ضعف سمعي واضح جداً ٧٠ فأكثر.

رابعاً: بناء ووظيفة الجهاز السمعي للطفل:

وظــيفة الجهاز السمعي عند الإنسان هي تحويل الإشارات الصوتية الخارجية المنبعــثة مــن مصادر البيئة إلى خبرات مفهومة وذات معاني محددة وهذا الجهاز السمعي يتكون مما يأتي:

١- الأذن الخارجية:

وهي تتكون من صيوان الأذن **Pimma** والقناة السمعية الخارجية External Auditory Cannal التي تنتهي بطبلة الأذن.

الوظيفة الأساسية لصيوان الأذن هي تقوية الصوت وتركيزه والمساعدة على تحديد مصدر الصوت، كما أنه يوجه الموجات الصوتية تجاه الطبلة مما يجعلها تهتز لهذه الموجات وتقوم القناة السمعية في الأذن الخارجية بحماية الطبلة من ناحية وتكبير الموجات الصوتية من الناحية الأخرى.

٢- الأذن الوسطى:

تتكون من حيز صغير من الجهة اليسرى الطرفية ويصل إليها الهواء عن طريق قناة ستاكيوس، Eustachian Tube التي توصل إلى تجويف الفم والأنف، وتحتوي الأذن الوسطى على ثلاث عظيمات صغيرة هي المطرقة والسندان والركاب وتتصل هذه العظيمات ببعضها بواسطة أحزمة ليفية داخل حيز الأذن الوسطى حيث تتصل عظيمة المطرقة بطبلة الأذن من ناحية، وتتصل من الناحية الأخرى بالسندان ثم بالركاب وعندما تهتز طبلة الأذن تحت تأثير الموجات الصوتية التي تقع عليها تهتز تبعاً لذلك العظيمات الموجودة في الأذن الوسطى، ثم تنتقل الموجات الصوتية من خلال الركاب إلى نافذة الأذن الداخلية التي تنقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية عن طريق نافذة الأذن الداخلية.(٦١)

وترتبط الأذن الوسطى بمؤخرة الأنف والزور عن طريق أنبوبة تكون الجزء الأعلى من جهاز التنفس، وتعتبر هذه الفتحة الوحيدة المباشرة للهواء من الخارج. حيث تتسبب حركة العضلات- أثناء المضغ والبلع والتثاوب- في فتح القناة السمعية عند طرفها من أسفل، مما يسمح للهواء الخارجي بالدخول في الأذن لجعل ضغط الهواء متساوي بكلا جانبي طبلة الأذن، وهذه العملية تعد ضرورية لاستجابة الأذن الطبيعية للذبذبات.

٣- الأذن الداخلية:

وهي تضم طرفي عضو السماع، حيث تنتهي ألياف العصب السمعي وتقع الأذن الداخلية في منطقة تمتد إلى الداخل من الجمجمة الخارجية فتكون أرضية

لتجويف المخ مباشرة والجزء الأوسط معروف باسم المدخل المسقوف الذي له فتحة بعيداً عن الأذن الوسطى بواسطة نافذة بيضاوية توصل الأذن الداخلية بالوسطى حيث ينتقل جهاز السمع. وعند الاستجابة للأمواج الصوتية- المنقولة عن طريق طبلة الأذن بواسطة السلسلة العظيمة، تكون هناك حركة موجبة في الأذن الداخلية تنساب عند الممر المسقوف. وينتقل التذبذب السائل إلى داخل فوقعة الأذن حيث تقع الألياف العصبية كل منها ملتصق بقاعدة خلية. ويحدث إحساس السمع عندما تثار هذه الألياف العصبية نتيجة لحركة ضغط الصوت التي تتصرف كأمواج صوتية متحركة في سائل الأذن الداخلية.

ولعل التفاعل الوظيفي بين الأجزاء الثلاثة السابقة، والتي تمثل الجهاز السمعي الطرفي يعتبر ناقصاً إحداث وظيفة الإحساس السمعي حيث تنقصه المعرفة والإدراك وتكامل البواعث المسموعة والتي تعتمد على جزء من الجهاز السمعي يقع في مركز الجهاز العصبي، يطلق عليه الجهاز الـ مي المركزي.

فإحساس السمع يحدث عندما يسري المؤثر السمعي من حلال الأذن الخارجية والوسطى وينتقل آلياً داخل الدافع العصبي من خلال العصب الثامن إلى وصلة العصب في المخ.

خامساً: العيوب المتصلة بالجهاز السمعي للطفل:

تعتمد العملية الحسية للسماع في المقام الأول على آلية سليمة تتضمن وظيفة عادية للأجزاء الثلاثة للأذن- الخارجية، والوسطى والداخلية وكذا للألياف العصبية الممتدة من الأذن الداخلية إلى الجهاز العصبي المركزي. ففقدان السمع سواء كان جزئياً أو كلياً. قد ينتج عن تلف أو سوء نمو لأي جزء في الجهاز السمعي والعملية الإدراكية للسمع هي وظيفة الطرق السمعية المركزية المارة من خلال المخ وتنتهي عند منطقة استقبال في الخ وهي اللحاء السمعي.

وسنعرض لأنواع العيوب المتصلة بالجهاز السمعي:

١ – فقدان السمع التوصيلي:

ويحــدث هذا النوع نتيجة إصابة أحد ممرات الموجات الصوتية خلال القناة الخارجــية أو عن طريق السلسلة العظمية خلال الأذن الوسطى، والإصابة الشائعة فــي الأذن الخارجــية هي إفراز صماغ الأذن Car Wax حيث أنه يمثل اعتراض يعــوق عملــية توصــيل الأصــوات مما يسبب فقدان سمعي طفيف- هذا بجانب الإصــابة الــناتجة عن احتمال دخول أشياء غريبة في قناة الأذن بواسطة الأطفال الصغار.

ويســمح التجويف الموجود بالأذن الوسطى بإصابة القناة السمعية الممتدة من تجويــف الأذن الوســطى إلــى مؤخــرة الأنف والزور ببعض أنواع من البكتريا والفيروسات وهناك سبب آخر لارتفاع انتشار عدوى الأذن عند الأطفال وهو الميل نحــو الــزائدة الأنفــية التي تكون كتلة اسفنجية حول الفتحة الأنفية للقناة السمعية تعترضــه تمامــاً وتسد هذه القناة، مما يخلق فراغاً في الأذن الوسطى الذي بدوره يمــنع التهوية المناسبة لتجويف الأذن الوسطى ويجعل إفراز السائل بواسطة الغشاء المخاطــي المحيط بالأذن الوسطى لا يمكنه أن يسيل عادياً وهكذا سرعان ما يصبح وسيطاً مناسباً لغزوة البكتريا في ساعات قليلة في حالة الأطفال الصغار.

وإذا كــان تلف السمع لا يحدث بالضرورة مع كل عدوى للأذن، إلا أنه من المحــتمل تــزايد الضرر من تتابع العدوى التي تصيب طبلة الأذن ووصلات القناة الســمعية ممــا يجعــل جهاز نقل الصوت أقل مرونة مع تقليل مستوى السمع ومع التكرار قد يؤدي إلى فقدان سمعي خطير ودائم.

٢ – فقدان السمع الحسي:

يحــدث هــذا الــنوع نتيجة تلف في تركيبات الأذن الداخلية بسبب عيب أو إصــابة فــي نمو الألياف العصبية وشعيرات الخلايا بها. ولعل أسباب فقدان السمع الحســي لا تعــد ولا تحصــى. فالأطفال المعرضين لعدوى الأذن والذين أصبحت حالتهم مزمنة تظهر لديهم مكونات الضرر الحسي نتيجة تدخل عامل مساعد يحمل

العدوى في الأذن الوسطى داخل فرقعة الأذن حيث تقع نهايات الأعصاب. فالمواد السامة والبكتريا والفيروسات تدخل في الأذن الداخلية عن طريق اللنف (السائل الليمفاوي) أو عن طريق الممرات المؤدية إلى الأذن الداخلية من تجويف الجمجمة.

فأمراض الالتهاب السحائي والحصبة والإنفلونزا والتهاب الغدة النكفية وتقريباً كل الأمراض المعدية التي تؤثر على الجهاز التنفسي والمصحوبة بارتفاع في درجة الحرارة يمكن أن تسبب ضرراً في الألياف العصبية المختلفة.

هذا بجانب الأمراض المعدية للأم في أثناء فترة الحمل كالحصبة الألمانية وكذا تعاطيها لأنواع متعددة من العقاقير الطبية وبالأخص بعض المضادات الحيوية والتي تؤثر على بناء الأذن الداخلية كالأستربتومايسين والكاناميسين.

وهناك أصل أيكولوجي لفقدان السمع الآن وهو زيادة التعرض لأمراض الأنف المعدية كما يحدث في البيئات الوظيفية.

ويجب الإشارة إلى أنت هناك بعضاً من لعب الأطفال والتي ظهرت وانتشرت في الأسواق في السنوات الأخيرة، تصدر أصوتاً كافية لإلحاق الضرر بالسمع.

بالإضافة إلى أن التعرض للضوضاء والموسيقى الصاخبة والتي تعد مستويات عالية للأصوات، تسبب الأضرار السمعية.

ولعل ما سبق يؤكد أن الآلية الحسية للسمع أكثر تعرضاً للأضرار من أي أعضاء حسية أخرى.

٣- فقدان السمع المركب:

في هذا النوع من الاضطرابات السمعية يحدث تداخل بين أعراض فقدان السمع التوصيلي وفقدان السمع الحسي- العصبي، وبذلك تتكون حالة هي عبارة عن خليط من النوعين السابقين.

٤- اضطرابات الإدراك السمعي:

في هذا النوع من الإصابة في السمع يكون الطفل قادراً على الاستجابة لكثير مـــن الاختبارات السمعية، إلا أن المركز السمعي في المخ لا يتمكن من تمييز هذه المؤثرات السمعية أو تفسيرها.(٦٢)

والمعلـــومات المفصلة عن طبيعة ومظاهر الاضطرابات في الجهاز العصبي السمعي المركزي نادراً جداً. ولعل من الأسباب العديدة لهذا النوع من العجز المقعد في تشخيصه وعلاجه هو نوع من الأمراض مثل التسمم بأول أكسيد الكربون وكذا صدمة الولادة وخاصة نقص الأكسجين.

سادساً: العوامل المسببة للإعاقة السمعية:

تـــرجع الإعاقـــة السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات غير ذات أصل جيني.

ويمكـــن بوجه عام تصنيف العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية إلى ثلاثة أنواع رئيسية طبقاً للزمن الذي تحدث فيه الإصابة:

- عوامل تحدث قبل الميلاد.
- عوامل تقع أثناء الميلاد.
- عوامل تؤثر فيما بعد الميلاد.

وفـــيما يـــتعلق بالعـــوامل التي تلعب دورها قبل الميلاد، فهي تتضمن تسمم الحمـــل Toxemia of Pregnancy والـــولادة المبتسرة والنزيف الذي يحدث قبل الولادة والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية والالتهابات التي تصـــيب الغدد النكفية والزهري وتناول الأم لبعض العقاقير الطبية أثناء الحمل، مما يؤثر على الجهاز السمعي عند الجنين.

أمـــا العـــوامل التي تصاحب عملية الولادة فتشمل: الولادة التي تطول مدتها والـــولادة المتعثـــرة، وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين والتهاب أغشية المخ



التـــي قد تحدث للوليد بالالتهاب السحائي. وفيما يلي الأسباب الجنينية وغير الجنينية التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية:

١ – الأسباب الجنينية للإعاقة السمعية:

تحــدث حالات الإعاقة السمعية ذات الأصول الجنينية نتيجة لانتقال حالة من الحـــالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة، ويتضمن هذا النوع مـــن الصمم الوراثي فقدان للسمع بدرجة حادة ويكون غير قابل للعلاج وكذلك فإن هـــذه الحالات تكون مزدوجة (أي تصيب الأذنين) وتتضمن عيوباً جسمية– عصبية فـــي نفـــس الوقت تسبب تليف الخلايا الشعرية القوقعية الخاصة بالسمع أو إصابة العصب السمعي ويمكن تحديد بعض من هذه العيوب:

١– الأطفـــال الذين يولدون بإعاقات سمعية نتيجة للتكوين الخاطئ في عظام الأذن الوســطى تكـــونت نتـــيجة عوامل وراثية، إلا أن حالات عدم التكوين الصحيح لعظام الأذن الوسطى يمكن علاجها بالأساليب الجراحية.

٢– زملة أعراض ترتيشير Treacher- Collin's Syndrome وتتضمن أعراضها المتزامنة صغر حجم أذن الطفل، واتساع الفم، وخلل في تكوين الأسنان، وارتجاع خلفي للذقن وبعض العيوب الخلقية في عظام الوجه.

٣– زملـــة أعراض واردبرنج Waardenburgs Syndrome وتتضمن أعراضها المتـــزامنة وجـــود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس، وتلون العينين بلونين مختلفين وبروز الأنف وخاصة من ناحية الوجنتين، وتقوس الشفاة.

٤– مضـــاعفات عامـــل الـــ Rh : توجد اتحادات وراثية معينة لفصائل الدم لدى الـــوالدين، ينتج عنها تنافر الدم بين الأم والطفل خلال فترة الحمل، وتحدث هذه الحالة عندما تكون الأم فصيلتها بـــ Rh سلبي وتحمل جنيناً بـــ Rh إيجابي في هـــذه الحالة تدخل المواد المضادة للأجسام الغريبة من الأم إلى المشيمة الخاصة بالطفـــل، وتدخل مجرى دم الجنين فتتلف كرات الدم الحمراء وتؤدي في النهاية إلـــى مصـــاب باليرقان الحاد وتكون النتيجة الطبيعية لذلك إما موت الجنين عند

الـــولادة أو بعـــد الولادة المباشرة وإما أن يظل على قيد الحياة مصاب بالصمم وكثيراً منهم يكونون مصابون بشلل جزئي في المخ.[٦٣]

٢- الإعاقات السمعية التي لا ترجع إلى أصول جنينية:

الأســـباب غيـــر الجنينـــية التـــي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة السمعية كثيرة ومتنوعة وفيما يلي أكثرها شيوعاً:

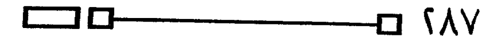
١- اســـتخدام العقاقير: هناك بعض العقاقير التي قد يترتب على استخدامها وجود إعاقـــة فـــي الســـمع سواء عند الجنين أو عند الطفل حيث الميلاد أو حتى عند الشخص الراشد.

ومـــن أهم هذه العقاقير Kanomycin, Meomycin وكذلك فإن Streptomycin وبعـــض العقاقيـــر الأخـــرى مـــن مجموعة Mycin قد تسبب إصابة الخلايا القوقعـــية فـــي الأذن بالتلف . على أن الأفراد يختلفون عن بعضهم البعض في درجة تأثرهم بالعقاقير المختلفة.

٢- الفيروســـات Viruses : وأهـــم الأمراض لهذا النوع فيروس الحصبة الألمانية الـــذي قـــد يصـــيب الأم خـــلال الشهور الثلاثة الأولى من فترة الحمل، وكذلك فيروسات: الجدري الكاذب والالتهاب السحائي والتهابات الغدد النكفية والحصبة والأنفلونزا.

٣- أمراض تصيب الأذن الداخلية Internal Ear Diseases: هناك عدد كبير من الأمـــراض الفيروسية التي قد تسبب تلفاً للأذن الداخلية ومن بين هذه الأمراض: الالـــتهاب الســـحائي والجديـــري الكاذب والبكتريا السبحية والبكتريا العضوية والـــتهابات الغـــدد النكفـــية والحصبة والأنفلونزا. ففي مثل هذه الحالات يتسلل الفيـــروس عـــن طـــريق الثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبي المخي.

٤- أمراض تصيب الأذن الوسطى Middle Ear Diseases: لعل من أهم الأمراض التـــي تصـــيب الأذن الوسطى الالتهاب السحائي المخي، ففي هذه الحالة يتواجد



سائل (صديد) في الأذن الوسطى بسبب انسداد قناة ستاكيون مما يترتب عليه ضغط سلبي في الأذن الوسطى. ومن الأعراض الملحوظة في مثل هذه الحالات إفراز صديد من الأذن الوسطى قد يجده الآباء على الوسادة التي ينام عليها الطفل. وينتج ذلك عن إصابة الأذن الخارجية بثقب إما نتيجة مؤثر خارجي كآلة حادة، أو نتيجة التهاب في الأذن الوسطى، فيحدث مثل هذا الثقب الذي يسمح بنزول الصديد، على أن الالتهاب السحائي المزمن من شأنه أن يتلف الأذن تماماً.

وبالإضافة إلى الالتهاب السحائي توجد أنواع أخرى من الأمراض الالتهابية التي تؤثر على الأذن الوسطى والتي من بينها ورم الأذن الوسطى اللؤلؤي وهو عبارة عن تواجد أنسجة جلدية مكونة داخل الأذن الوسطى.

وكذلك يمكن أن يتأثر سمع الطفل نتيجة لتراكم صماغ الأذن، أو نتيجة لتجمع أشياء غريبة عن الأذن في القناة السمعية.

ويتضح من العرض السابق أن الاهتمام بالطفولة يمثل قطب الرحى لكثير من التخصصات والعلوم المختلفة، الأمر الذي دعا إلى عدد الاتجاهات النظرية لدراسات الطفولة كل وفق تخصصه وقد كانت نتيجة لتطور الاهتمام بالأطفال المعوقين في المجتمع ظهور القوانين والمواثيق الدولية والحلية التي تكفل حمايتهم، وعلى الرغم من أن تلك القوانين والمواثيق تخدم فئة الطفولة بصفة عامة دون تخصيص لفئة المعوقين، فإنها تمثل جانباً وقائياً للحد من إعاقة الطفولة في المجتمع.

كما يتضح لنا أن هناك وجهات نظر علمية متعددة حول مفهوم الإعاقة السمعية وفق التخصصات المختلفة التي تناولت دراسة هذا الموضوع والتي من خلالها اتضح للباحث أن كلمة الصمم تكاد تختفي من معظم الكتابات العلمية الحديثة ليحل محلها الضعف السمعي وبناء عليه يتم تقسيم فئات الضعف السمعي وفقاً لدرجة الإعاقة والبحث الطبي.



ومما لا شك فيه أن العلماء قد قطعوا شوطاً كبيراً في التعرف على العوامل المسببة للإعاقة السمعية من خلال دراساتهم ومعرفتهم للبناء التركيبي والوظيفي للجهاز السمعي وكذا العيوب المتصلة به سواء الخلقية أو المرضية أو العارضة وهو ما اتضح لنا من خلال العرض السابق.

ويختلف الأطفال المعوقون سمعياً في خصائص نموهم عن الأطفال العاديين وكذا في أنماطهم السلوكية واحتياجاتهم الأساسية نتيجة إعاقتهم وهذا ما سوف نركز عليه فيما يلي:

الاستراتيجيات التربوية
للتعامل مع ضعاف السمع والصم

١- البرمجة التعليمية للأطفال ضعاف السمع:

منذ زمن طويل والأطفال ضعاف السمع يتلقون تعليمهم في إطار فصول خاصة بهم، ومن الخصائص المميزة لهذه الفصول أنها تضم أعداداً قليلة من الأطفال مما يتيح فرصة أكبر للرعاية الفردية بالأطفال. ويضاف إلى ذلك إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال لاستخدام الوسائل المعينة سواء كانت وسائل سمعية أو بصرية.

وتعتبر طريقة قراءة الشفاه Lipreading التي يطلق عليها أحياناً قراءة الكلام- Speech Reading عنصراً من العناصر الجوهرية في هذا النوع من لبرامج الخاصة لهؤلاء الأطفال. كما أظهرت الممارسة العملية لهذه البرامج أنها مفيدة للأطفال المعاقين سمعياً نظراً لوجودهم مع الأطفال العاديين لفترة من الوقت، خاصة إذا حصلوا على مساعدة إضافية في بعض المجالات الدراسية.

والأطفال ضعاف السمع لا يختلفون كثيراً عن غيرهم من الأطفال العاديين وقد يقتصر تخلفهم على بعض المجالات المحدودة كالكلام واللغة والقراءة. على أن الأطفال الذين يظهرون انحرافاً واضحاً عن معدلات الطفل العادي يسمح لهم بالانضمام إلى فصول التربية الخاصة. أما إذا كانت الإعاقة التي يعاني منها

الطفل من النوع البسيط، فمن الأفضل أن يبقى في الفصل الدراسي العادي على أن يترك هذا الفصل لفترة قصيرة يتلقى فيها بعض التدريبات الفردية على الكلام.

والبرامج التعليمية الأكثر شيوعاً في الوقت الحاضر في كثير من النظم المدرسية في دول عديدة تتضمن أن يلتحق الطفل بأحد الفصول العادية مع توفير مدرسين متخصصين في مجال التربية الخاصة لتقديم المساعدات الضرورية للأطفال المعاقين سمعياً للتغلب على مشكلاتهم السمعية والتعليمية. وربما كانت أهم واجبات هؤلاء الأخصائيين هي:

١- تدريب الأطفال المعاقين سمعياً على الاستخدام الصحيح للمعينات السمعية (لمزيد من التفاصيل عن المعينات السمعية واستخدامها يمكن الرجوع إلى عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٥).

٢- تدريب الأطفال على السمع.

٣- تعليم الأطفال قراءة الشفاه.

٤- تصحيح عيوب النطق والكلام عند هؤلاء الأطفال (فتحي السيد عبد الرحيم، ١٩٩٠: ٢٤٢-٢٥٣).

وفيما يلي نشير بشيء من الاختصار إلى كل واجب من هذه الواجبات التي توكل إلى أخصائي التربية الخاصة في مجال الإعاقات السمعية.

١ – التدريب على استخدام المعينات السمعية:

تتطلب عملية استخدام الطفل الصغير للسماعة قدراً كبيراً من العناية والاهتمام. فالطفل يجب ألا يستخدم السماعة طول اليوم.

ولعل من البرامج المفضلة لاستخدام السماعة أن يبدأ الطفل استعمالها داخل الفصل أثناء الدراسة على أن يكون ذلك تحت إشراف الأخصائي السمعي بعد ذلك يمكن استخدام السماعة لفترة قصيرة من الوقت في ظل تعليمات محددة. هذا، ويمكن السماح بزيادة فترات الاستخدام بشكل تدريجي إلى أن يتعلم الطفل كيفية استخدامها والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

٢ – التدريب السمعي:

يقصـــد بالتدريب السمعي تدريب الطفل على الاستماع إلى بعض الأصوات التـــي يمكن للطفل التقاطها، والتدريب على التمييز بين الأصوات المختلفة. قبل أن تكتشـــف الســـماعات، كان هذا النوع من التدريب السمعي يتم من خلال الكلام في الأذن مباشـــرة واستخدام أنابيب خاصة لتكبير الصوت. إلا أن الأساليب الإلكترونية الحديثة ساهمت بشكل ملحوظ في تطوير الوسائل السمعية المعينة.

فمـــن خلال السماعات الحديثة يمكن التحكم في الذبذبات ونغمات الصوت، ويمكـــن للطفـــل استخدام السماعة مع إجراء التعديلات التي يرغب فيها. ومن أهم أهـــداف الـــتدريب السمعي مساعدة الطفل على التمييز بين الأصوات المختلفة في وقـــت مبكر بقدر الإمكان عادة يقوم بهذا النوع من التدريب شخص متخصص في السمع طبقاً للاحتياجات الفردية لكل طفل.

ويعتبـــر تـــدريب الطفل في سن ما قبل المدرسة على التمييز بين الأصوات مـــن الأمور بالغة الأهمية، وفي هذه الحالة يستطيع الآباء والأمهات الإسهام في هذا الـــتدريب. لعـــل هـــذا يجعـــل مـــن بين أهداف الأخصائي السمعي تعريف الآباء والأمهـــات بواجـــباتهم في المساعدة على تدريب أطفالهم في البيئات المنزلية على التمييز بين الأصوات المختلفة.

– قراءة الشفاه:

علـــى الـــرغم من أننا عادة، نفهم الكلمة المنطوقة من خلال الحس السمعي فإنـــنا نســـتطيع أيضاً فهم الكلمات بالاستعانة بحاسة الإبصار عندما ننظر إلى وجه المـــتحدث مباشرة. إن مجموعة من تعبيرات الوجه، وبعض الحركات والإيماءات الأخرى يمكن أن تضيف شيئاً من المعنى للكلام الصادر من هذا الشخص.

يمكـــن تعليم الأطفال الصم الكلام واللغة وبالتالي القراءة والكتابة وغير ذلك مـــن معـــارف وخبـــرات عـــن طريق تدريبهم على ملاحظة الشفاه وحركات الفم، وملاحظـــة تعبيرات الوجه وحركات المتكلم. الأمر الذي يسهل للأصم معرفة وفهم

مـا يقال أمامه، وما يدور من حوله. ومن هنا وجب تعويد الطفل الأصم التطلع إلى وجــه المتكلم وشفتيه وذلك بطريقة متكررة وعلى فترات قصيرة حتى يحدث تثبيت لمـا يتعلمه الطفل الأصم من كلمات ومعلومات عن طريق قراءة الشفاه- ويجب أن يكـون المدرس قريباً من مستوى وجه التلميذ، حتى يستطيع الطفل الأصم بسهولة رؤيـة كل حركة وإشارة تعبيرية في وجه المدرس وحركات الشفاه وما يلزمها من انفعـالات تعبيرية، مما يساعد على إدراك المعنى من الكلام أيضاً أي دلالة الألفاظ واللغة، فالكلمة لها دلالة تعبيرية عن شيء ما.

ويسـاعد علـى تعلم طريقة الشفاه بسرعة، إشراك الطفل الأصم في اللعب والأنشـطة المخـتلفة واستغلال المواقف المختلفة المثيرة ذات الدلالة بالنسبة للطفل والتي تشبع حاجاته وميوله الخاصة حتى يتسنى لنا مساعدته على تعلم قراءة الشفاه بطريقة مشوقة ومثيرة.

ومن الأهمية بمكان إشعار الطفل الأصم بالنجاح في قدرته على فهم ما يقال لـه ممـا يسـاعده على الاستمرار في الإنجاز والدافعية للتعلم. ويستخدم في ذلك أساليب التعزيز والإثابة المختلفة.

والواقـع أن عملـية تدريب الطفل الأصم على قراءة الشفاه ليست بالعملية السـهلة حـيث تـتطلب من المربين الصبر والمثابرة في العمل مع هؤلاء الأطفال المعاقين سمعياً كما يتطلب دراية وخبرة طويلة في هذا المجال.

وتسـتخدم طـريقة قـراءة الشفاه مع الأطفال المعاقين سمعياً بهدف تنشيط فهمهـم لمـا يقوله لهم الآخرون. يتحقق ذلك عادة بتوجيه انتباه هؤلاء الأطفال إلى بعض الحركات والإشارات المعينة التي تحدث على الشفاه، وبعض حركات الوجه التـي تسـاعد على فهم الكلام. مثل هذه الإشارات والدلالات قد تملأ الفجوات التي يشـعر بهـا الطفل ضعيف السمع عندما يخفق في التقاط بعض الألفاظ عن طريق السـمع. وعـندما يحصل الطفل ضعيف السمع على بعض المساعدات خارج إطار الفصـل الدراسـي العادي، والتي تتضمن المساعدة على التدريب السمعي وقراءة

الشفاه والاستخدام الصحيح للسماعة في هذه الحالة يستطيع مدرس الفصل العادي أن يساعد هذا الطفل على فهم ما يدور من حوله من حوار داخل الفصل الدراسي. بشكل عام يمكن تمييز ثلاث طرق تستخدم الآن في التدريب على قراءة الشفاه وهي:

١- طريقة يكون التركيز فيها على أجزاء الكلمة ويطلق عليها طريقة الصوتيات في ضوء هذه الطريقة يتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة والحروف المتحركة، ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة.. وهكذا.

٢- بعكس الطريقة السابقة، فإن الطريقة الثانية لقراءة الشفاه لا تضع التركيز على الكلمة أو على الجملة، وإنما تهتم بالوحدة الكلية. قد تكون هذه الوحدة قصة قصيرة حتى وإن كان الطفل لا يفهم منها سوى جزءاً صغيراً فقط.

٣- تقوم الطريقة الثالثة إلى إبراز الأصوات المرئية أولاً، ثم بعد ذلك الأصوات المضغمة، تقوم هذه الطريقة على الأسس التي قامت عليها طريقة Mueller Walle الألمانية.

ويمكن الاستفادة من علم النفس التربوي وقوانين التعلم عند تدريب الطفل الأصم على قراءة الشفاه على النحو التالي:

١- البدء بالطريقة السليمة في تعليم الطفل طريقة قراءة الشفاه وفهم التعبيرات المختلفة للوجه والعينين وتكوين المفاهيم والمعاني.

٢- البدء بالطريقة الكلية التي تبدأ بالجمل السهلة وتنتهي بالكلمات والحروف الهجائية وأشكالها ومخارج أصواتها.

٣- البدء بالكلمات السهلة والتي يمكن نطقها ورؤيتها بسهولة ويسر ثم التدرج إلى تعلم الأصعب والأعقد من الكلمات والجمل.

٤- التعلم بطريقة بطيئة، وهذا ما تقتضيه طبيعة الطفل غير العادي، فكلما يتدرج التدريب من السهل إلى الأصعب، يتدرج أيضاً في السرعة.

٥- ضـــرورة الوضوح أثناء الكلام مع الطفل الأصم في تعبيرات الوجه والعينين وحركات الشفاه.

٦- مســاعدة الطفل الأصم على ملاحظة الوجه والشفاه بدقة ثم الربط بين ما يراه من تعبيرات وحركات بين المواقف، ثم تعويده على الفهم المجرد دون أن يرى مواقف ماثلة أمامه أثناء التحدث.

٧- تشــجيع الطفــل على المبادأة ولو بمحاولات بسيطة لإخراج صوته والبدء في الكلام.

٨- خلق الدافعية للتعلم وتكوين الاتجاهات الموجبة نحو التعلم.

٩- تهيــئة الظروف النفسية والصحية والاجتماعية الملائمة والتي تساعد على تعليم الطفل الأصم الكلام.

١٠- إظهـــار الاستحســـان والتشجيع والإكثار من التعزيز كلما أثبت الطفل جدارة فـــي فهـــم الكلمات ومعانيها، أو كلما حاول تقليدها أو النطق بها. وذلك تطبيقاً لقانـــون الأثـــر الـــذي فحـــواه أن الإنسان يميل إلى تكرار الأشياء السارة التي نجـــح فـــي القيام بها ولاقى بسببها تعزيزاً ومدحاً وحقق فيها نجاحاً، وينسى ما دون ذلك.

١١- الاســتفادة مـــن قـــدرة الطفل على التقليد في تدريبه على قراءة الشفاه وتعليم الأنشطة أو الخبرات المختلفة.

١٢- إشـــباع حاجـــات الطفـــل وإحساسه بالراحة والطمأنينة يساعد على مشاركته الفعالـــة فـــي عملية التدريب ويجعله يركز فيما يرى، ويتطلع للوجوه ولطريقة الكلام وفهم الكلام الذي يقال من حوله.

١٣- ربـــط المهـــارات الـــيدوية والـــتدريب الحسي بالكلمات والمعاني باستمرار واســـتغلال تلك الأوقات المناسبة للتدريب على قراءة الشفاه. فبالإضافة إلى قيام الطفل بشيء محبب إلى نفسه وتحقيق المهارة اليدوية والفنية يمكن استغلال تلك

الفرصـــة لتحقـــيق الـــتعلم بطريقة قراءة الشفاه لمعرفة طبائع الأشياء وألوانها وأسمائها وصفاتها وما إلى ذلك.

١٤- تـــدريب الطفـــل يـــتم في الفرص السانحة للتفاهم، وعندما يكون الطفل لديه الاســـتعداد للـــتعلم، ولديـــه رغـــبة في زيادة معلوماته عما يحيط به من أشياء وأشخاص، ولديه ميل اجتماعي ورغبة في الاتصال بالغير.

١٥- ربط الكلمات بواقع الطفل حتى تكون لها دلالة بالنسبة له. فربط الكلمات التي يراها الطفل بمدلولاتها الحسية يزيد تعليمه وفهمه عمقاً وسرعة.

١٦- الاســـتمرار في التدريب الموزع على فترات زمنية معقولة، مما يساعد على تثبيت المعلومات.

١٧- أن تـــتم عملـــية تعليم قراءة الشفاه من خلال الأنشطة والعمل وأثناء اكتساب الخبـــرات والـــتجارب. مع جذب انتباه الطفل الأصم كلما أمكن إلى فهم الكلام وقراءة الوجه والشفاه أثناء قيامه بالأعمال المحببة إلى نفسه.

مثال لتعليم الطفل طريقة قراءة الشفاه:

تعـــرض الكلمـــة أو الجملـــة مكتوبة على السبورة أو في ورقة بخط كبير وواضـــح وتعـــرض صـــورة أو رسم للشيء المكتوب وينطق المدرس بالكلمة أو الجملـــة عدة مرات أمام التلاميذ على أن يجذب انتباه التلاميذ إلى حركة الشفاه عند الـــنطق وتدريـــبهم تدريـــباً فردياً على النطق. ويجب على المدرس مراعاة اختيار الألفـــاظ والكلمات السهلة ذات الدلالة الحسية والمعنى لدى التلاميذ. وعليه أن يبرز مخـــارج الحـــروف عند نطقه بالكلمة وأن يجسم حركات الشفاه بالقدر الذي يمكن الطفـــل مـــن إدراك مخارج الألفاظ وفهم ما يقال من كلمات. وعن طريق التكرار يلاحـــظ الطفـــل أن لـــبعض الحـــروف مخـــارج خاصة، فيربط بين شكل الحرف ومخـــرجه عند النطق به. ومن هنا يمكن للمدرس أن يبدأ في تجريد الحروف أولاً بأول بادئاً بالحروف المتحركة ثم الساكنة.

ومن ثم نلاحظ أن تعليم قراءة الشفاه يتم في مراحل ثلاثة هي:

- **مرحلة تطلع الطفل الأصم لوجه المتكلم (المدرس).**
- **مرحلة الربط بين ما يراه على وجه المدرس من تعبيرات وبين المواقف.**
- **مرحلة الفهم المجرد للكلمات.**

٤- علاج عيوب النطق والكلام:

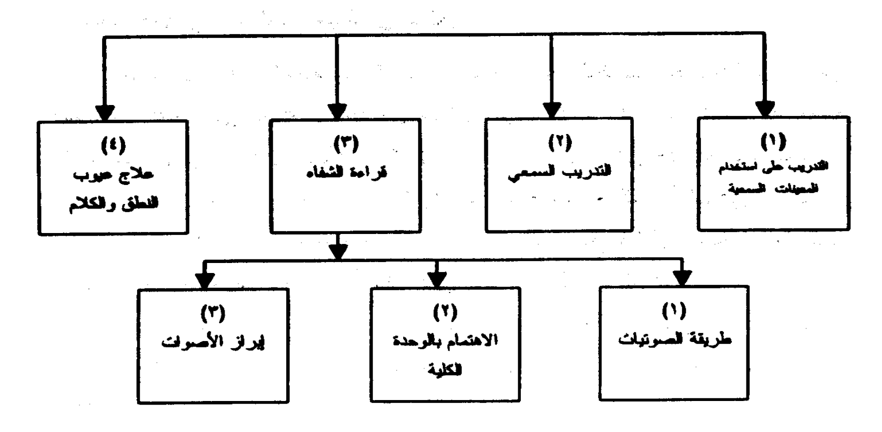
عدد كبير من الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع قد لا يستطيعون سماع بعض الأصوات بدقة مما يترتب عليه وجود كثير من عيوب النطق والكلام لدى هؤلاء الأطفال.

يضاف إلى ذلك عدم قدرة مثل هؤلاء الأطفال على تكييف نغمة الصوت لديهم مع بقية الأصوات الأخرى. وقد نجد أن بعض هؤلاء الأطفال يلجأون إلى التحدث بصوت مرتفع للغاية نظراً لأنهم لا يسمعون أصواتهم. وبعض الأطفال لا يتحدثون بهذا الصوت المرتفع نظراً لإصابتهم بفقدان السمع التوصيلي مما يمكنهم من سماع أصواتهم من خلال عظيمات التوصيل أكثر مما يستطيعون سماع أصوات الأشخاص الآخرين.

والطريقة المستخدمة في تصحيح بعض عيوب الكلام تتضمن ملاحظة أخطاء الطفل في بعض الكلمات، ثم القيام بعد ذلك بجدولة هذه الكلمات ويمكن عمل بعض اللوحات التي تحمل هذه الكلمات.

في هذه الحالة يطلب المعلم من الطفل قراءة هذه الكلمات مرة تلو أخرى، ويقوم بملاحظة الطفل أثناء نطق هذه الكلمات إلى أن يحدد بالضبط مصادر الخطأ (على سبيل المثال، ما يحدد ما إذا كان الخطأ في بداية الكلمة أو في وسطها أو في نهايتها) يقوم المدرس بعد ذلك بتصحيح أخطاء الطفل عدداً من المرات إلى أن يقلع الطفل عن النطق الخاطئ. [٦٤]

والشكل التالي يلخص أنواع البرامج التعليمية لضعاف السمع:



(البرمجة التعليمية للأطفال ضعاف السمع)

الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الصم:

يوضع التركيز في الأساليب التعليمية للأطفال الصم عادة على مظاهر النمو اللغـــوي عند هؤلاء الأطفال، وعلى أساليب التواصل مع الأشخاص الآخرين. كما هـــو الحـــال فـــي أي مجال آخر من مجالات التربية الخاصة وقد تعددت المداخل والأســـاليب المستخدمة مع الأطفال الذين يعانون من قصور في السمع. فمن خلال الممارســـة والخبـــرة التي امتدت على مدى سنوات طويلة دار الحوار والجدل فيما بـــين الأخصـــائيين في هذا المجال حول المزايا النسبية للأساليب المختلفة للتواصل التي يمكن استخدامها في تعليم الأطفال المعاقين سمعياً. ومن أكثر أساليب التواصل شيوعاً في الاستخدام ما يلي:

- الوسيلة الأولى: التواصل الملفوظ: Oral Communication
- الوسيلة الثانية: التواصل اليدوي: Manual Communication
- الوسيلة الثالثة: التواصل الكلي: Total Communication

الوسيلة الأولى: أساليب التواصل الملفوظ:

الاستراتيجية التعليمية التي تعرف باسم الطريقة الملفوظة تؤكد على المظاهر اللفظية في البيئة، وتتخذ من الكلام وقراءة الشفاه المسالك الأساسية لعملية التواصل (فارويل Farwell ١٩٧٦). وبطبيعة الحال، تلقى هذه المسالك تعضيداً ومساندة من خلال تنمية مهارات القراءة والكتابة وتنمية الجزء المتبقي من السمع من خلال المعينات السمعية والتدريب، وبعدئذ يسمح للطفل باستخدام الأساليب اليدوية وربما يبدأ تدريب الأطفال على الطرق الملفوظة لتواصل بمجرد التعرف على حالات فقدان السمع. قد يبدأ البرنامج بصفة مبدئية في المنزل، ولكن بمجرد أن يبلغ الطفل السنتين من العمر يستطيع أن يلتحق بالمدرسة جزءاً من اليوم على الأقل.

يرى المؤيدون لأساليب التواصل الملفوظ أن هذا النظام ينطوي على مجموعة من المزايا. يعتقد هؤلاء بأن كثيراً من التلاميذ الصم يتعلمون من خلال هذا الأسلوب ليس فقط الكلام الواضح، بل يستطيعون أيضاً عن طريق قراءة الشفاه إقامة جسور من التواصل مع بقية أفراد المجتمع.

بمعنى آخر فإن أساليب التواصل الملفوظ تساعد الشخص الأصم على الدخول في عالم الأشخاص العاديين، في حين أن لغة الإشارة تقيد مجال تواصل هذا الشخص وتجعله قاصراً على الأفراد الذين يتقنون هذا الشكل المتخصص من أشكال التعبير.

من ناحية أخرى يوجد بين المربين في مجال المعاقين سمعياً من يرون أن من الأمور بالغة الصعوبة للأطفال الصم بدرجة حادة إصدار الكلام، ونظراً لأن هؤلاء الأطفال لا يسمعون الآخرين وهم ينطقون بالكلام، فإنهم لا يستطيعون ضبط محاولاتهم الصوتية الذاتية لتقليد الكلام الصدر عن الآخرين. كذلك يرى هؤلاء المربون إن قراءة الشفاه هي في أفضل الأحوال نوع من التخمين نظراً لأن عدداً كبيراً من الكلمات في اللغة تشبه بعضها بعضاً عند النطق بها.

إن النجاح في قراءة الشفاه يفترض مقدماً وجود أساس لغوي مناسب ومعرفة بقواعد اللغة، وثروة لفظية واسعة. ولقد أظهرت الدراسات أن أفضل القارئين عن طريق الشفاه عندما يوجد في مواقف ثنائية (حوار بين الشخص الأصم والشخص العادي وجهاً لوجه) يفهمون ما بين ٢٦% إلى ٣٦% مما يقال، وأن عدداً كبيراً من الصم لا يفهمون أكثر من ٥% من الكلام (منديل Mindel ، فيرنون Vernon ١٩٧١).

إن الصم جميعاً، والأشخاص العاديين في السمع أيضاً، ليست لديهم مواهب لقراءة الشفاه، ويجد البعض أن هذه الطريقة غير فعالة على الإطلاق ومحبطة كوسيلة للتواصل المتبادل.

ولكي يدرك القارئ مدى الصعوبة في هذه الطريقة يكفي أن يوقف الصوت الصادر من جهاز التليفزيون أمامه ويحاول أن يخمن حول الكلام الصادر عنه. ونظراً للمشكلات والصعوبات السابقة بدأ في السنوات الأخيرة استخدام مدخل جديد يتضمن تجميعاً من الإشارات اليدوية وقراءة الشفاه وأطلق عليه Cued Speech . أثبتت هذه الطريقة فعاليتها إلى حد كبير في تحسين القدرة على إصدار الألفاظ عند الأطفال الصم.

وواضح أن هذه الطريقة ليست ملفوظة تماماً، ذلك لأنها تستخدم الإشارات جنباً إلى جنب مع محاولة إخراج الألفاظ. إلا أن النتيجة النهائية للتدريب على هذه الطريقة هي تحسين القدرة على قراءة الشفاه، وفي نفس الوقت تحسين المهارات الأساسية في القراءة والتواصل. وتتكون طريقة Cued Speech بصفة أساسية من ثمانية أشكال باليد تستخدم في أربعة أوضاع مختلفة بالقرب من الشفاه. وتستخدم الأشكال اليدوية والوضاع المختلفة للتمييز – من خلال الإبصار – بين الأصوات المختلفة في اللغة التي تتشابه على الشفاه، وقد وجد أن الأطفال الذين يتعلمون بهذه الطريقة يحققون نجاحاً في الفصول الدراسية العادية. وقد لوحظ تحسن مهارات هؤلاء الأطفال الأكاديمية وبصفة خاصة في القراءة. كما تحسن

تحصـــيلهم الدراســـي بوجه عام، ونمت قدراتهم على المشاركة في أنشطة الفصل الدراسي والمناقشات التي تدور فيه.

الوسيلة الثانية: أساليب التواصل اليدوي:

يشـــير التواصـــل اليدوي من وجهة النظر العلمية إلى استخدام لغة الإشارة وهـــي نظام من الرموز اليدوية الخاصة تمثل بعض الكلمات أو المفاهيم أو الأفكار المعينة. وتعتبر لغة الإشارة وسيلة للتواصل تعتمد اعتماداً كبيراً على الإبصار. في هذه الطريقة- على عكس طريقة قراءة الشفاه- فإن عدداً قليلاً للغاية من الإشارات الخاصـــة بكلمـــات مختلفة تبدو متشابهة ذلك أن رموز الإشارة إلى الكلمتين اللتين تـــبدوان متشـــابهتين علـــى الشفاه، تختلفان اختلافاً كبيراً، تماماً كما تختلف الصور الذهنية التي تكونها عندما نرى الكلمتين في الطباعة العادية.

وتعتبـــر لغة الإشارة ملائمة بصفة خاصة للأطفال صغار السن حيث يكون مـــن الســـهل عليهم رؤيتها، كما أن الطريقة لا تتطلب تنسيقاً عضلياً دقيقاً لتنفيذها. يســـتطيع الأطفال الصم صغار السن التقاط الإشارات بسهولة. كما أنهم يستخدمونها اســـتخداماً جـــيداً في التعبير عن أنفسهم. عندما يكون فقدان السمع من النوع الحاد لدرجة أن الطفل لا يستطيع فهم الكلام الذي يدور في حور أمامه حتى مع استخدام المعيـــنات الســـمعية، فإن على الطفل أن يجد طرقاً أخرى للتواصل الفعال. وعلى مدى التاريخ أوجد الأشخاص المصابون بإصابات حادة في السمع لأنفسهم شكلاً أو آخر من أشكال التواصل اليدوي.

ومـــا يعطـــي تعضـــيداً ومساندة للتواصل اليدوي ما عرف بطريقة هجاء الأصـــابع. ويكون هجاء الأصابع مفيداً عندما لا توجد إشارة خاصة لكلمة معينة أو عندما يكون الشخص الذي يعطي الإشارات يجهل إشارة معينة وعلى أية حال، فإن القـــدر مـــن هجاء الأصابع الذي يستخدم في عملية التواصل مسألة فردية وتتوقف على الشخص نفسه. ومما تجدر الإشارة إليه أن الفروق في مهارات هجاء الأصابع لا تخـــتلف عـــن الفـــروق التي نلاحظها في الكتابة اليدوية بين الأفراد المختلفين.

فبعض أشكال الكتابة اليدوية تسهل قراءته في حين أن البعض الآخر يقرأ بصعوبة. كـذلك الحال في هجاء الأصابع، فإن بعض الأطفال يتقنون هذه الطريقة، في حين أن البعض الآخر يخطئ فيها كثيراً.

إن تهيؤ الطفل لاكتساب مهارات تواصلية معينة يختلف باختلاف المرحلة النمائية لهذا الطفل، كذلك الحال بالنسبة للقدرة على فهم هجاء الأصابع واستخدامه استخداماً صحيحاً. فلقد أظهرت الممارسة العلمية أن الأطفال الصم الذين يتعرضون للغة الإشارة وهجاء الأصابع منذ ميلادهم يكتسبون فعالية في هذه المهارة، ربما أسهل مما يتعلم الطفل العادي القراءة عادة. قد يكون السبب في ذلك هو أن هؤلاء الأطفال يتعرضون لهذه الطريقة في وقت مبكر للغاية، كما أنهم يتعرضون لها بصفة دائمة.

الوسيلة الثالثة: أساليب التواصل الكلي:

يقصد بالتواصل الكامل أو الكلي معجمياً نظام في تعليم الأفراد الصم، يستخدم فيه الإشارات اليدوية والهجاء الأصبعي بالإضافة إلى الكلام وقراءة الكلام والاستماع. ويعتقد أن هذا النظام أكثر فاعلية في تدريس الأطفال الصم.

كما يعتبره البعض أكثر طرق التواصل فعالية مع المعاقين سمعياً، ويتضمن نظاماً معيناً من استقبال اللغة والتعبير عنها، حيث يجمع بين الإشارات اليدوية، وأبجدية الأصابع بالإضافة إلى قراءة الشفاه، والكلام والقراءة، والاستماع بحيث تستخدم جميعاً في وقت واحد.

استخدم مصطلح التواصل الكلي لأول مرة بواسطة مدرسة ماريلاند للصم عام ١٩٦٩. كان استخدام هذه الطريقة بمثابة محاولة لإنهاء الجدل الذي استمر منذ أن بدأ تعليم الأطفال الصم قبل حوالي مائتي عام.

ولعل تعريف هذه الاستراتيجية التعليمية والأسس المنطقية التي تقوم عليها تتضح أكثر ما تكون مما كتبه عنها دنتون Denton (١٩٧٠) إذ يقول: لقد أدرك الكثيرون منذ أمد بعيد أن على مدارس الصم أن توجد طرقاً وأساليب أكثر

فعالية لتنمية مهارات التواصل وتطويرها، وتعليم اللغة للأطفال الصم صغار السن. وقـد أدرك الكثيـرون أيضاً، وقبلوا كحقيقة واقعية، أن مستوى التحصيل الأكاديمي لـدى معظـم التلاميذ الصم منخفض إلى حد لا يمكن قبوله. وإن إدراك وجود هذه المشـكلات يعتبـر سـبباً كافياً من أجل البحث عن تحول أساسي في الممارسات التعليمية في مدارس الصم.

وعلـى أيـة حال قد يقصد بالتواصل الكلي حق كل طفل أصم في أن يتعلم استخدام جميع الأشكال الممكنة للتواصل حتى تتاح له الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغـة فـي سـن مبكرة بقدر المستطاع. مثل هذا العمل يتضمن إدخال نظام ثابت للرموز المستقبلة- التعبيرية **Receptive Expressive Symbol System** فـي سـنوات مـا قبل المدرسة فيما بين سن سنة وخمس سنوات. يشتمل أسلوب التواصـل الكلي على الصورة الكاملة للأنماط اللغوية: الحركية التعبيرية التي يقوم بهـا الطفـل نفسه، ولغة الإشارة، والكلام، وقراءة الشفاه وهجاء الأصابع، والقراءة والكـتابة. كـذلك فإنـه فـي ظل أسلوب التواصل الكلي تكون أمام كل طفل أصم الفرصة لتطوير أي جزء تبقى لديه من السمع من خلال المعينات السمعية بمختلف أنواعها.

يـبدأ التواصـل بـين الطفل والوالدين منذ ميلاد الطفل، بدءاً من الحركات البدائـية الفجة ووصولاً إلى الأشكال المتطورة من التواصل. وبطبيعة الحال، ليس مطلـوباً مـن الأب أن يصـبح معلماً، لكن مع ذلك لابد من تشجيع الوالدين على التواصـل مـع الطفل الأصم من خلال الخبرات اليومية العادية باستخدام الوسائل التـي تكـون مفهـومة من الطرفين. وعبر هذه الطريقة ينمو التواصل من خلال أشكال إيجابية من التفاعل الإنساني.

إن الاسـتخدام المبكـر والمسـتمر لنظام التواصل الكلي يساعد على النمو العقلي بما يترتب على ذلك من تحصيل أكاديمي ذلك أن مفتاح النجاح في التحصيل الأكاديمـي يكمن في مهارات القراءة والاستيعاب. ولكي نفهم جيداً العلاقة بين نظام

التواصل الكلي ومهارات القراءة، علينا أن نتبع الخطوات المتضمنة بطريقة عكسية مبتدئين من استيعاب المادة المقروءة إذ يبني استيعاب المادة المقروءة وينمو على أساس من الخبرات اللغوية الواسعة.

والخبرات اللغوية تتجمع وتتراكم من خلال التواصل. والتواصل الإنساني يبني وينمو على أساس من التفاعل الإنساني، لذلك فإن التفاعل الإنساني المفيد والمثمر يجب ألا يؤجل بطريقة عشوائية، كذلك يجب عدم خرق التتابع الطبيعي في العملية النمائية للتواصل على أسس عشوائية. هذا، ويمكن تلخيص التتابع الطبيعي في تطور عملية التواصل على النحو التالي:

١- تعتبر الإشارات Signs اسهل السبل لتمكين الطفل الصغير المصاب بالصمم الولادي من التواصل بالمعنى الحقيقي للكلمة، أي أن يكون الطفل قادراً على التعبير عن آرائه وأفكاره الذاتية. عندما يحدث ذلك نستطيع أن نلاحظ تغييرات إيجابية في السلوك، وتحسناً في العلاقات الشخصية المتبادلة. في هذه الحالة يشارك الطفل الأصم في مواقف الحياة الأسرية كعضو كامل.

٢- تساعد الإشارات على تدعيم قراءة الشفاه والسمع عندما يقوم الشخص الراشد (معلماً كان أم أباً) بإصدار الإشارات والتحدث في وقت واحد، وعندما يستخدم الطفل الأدوات المبكرة للصوت للملائمة لحاجاته الخاصة. بالنسبة للأطفال الذين لا يستفيدون من أجهزة تكبير الصوت (علماً بأن عددهم قليل للغاية)، فإن الإشارات تدعم قراءة الشفاه. ومن ثم يجب أن يطور الكلام بالنسبة لمثل هذا الطفل بالكامل على أساس من الإحساسات الجلدية- العضلية على أن النمو اللغوي لا يكون مفيداً بتقديم الطفل في الكلام إذ يبدو أن بناء تركيباً يحدث عند ممارسة الكلام والإشارات في وقت واحد. وهذه هي عادة الطريقة التي يتعلم بواسطتها الشخص العادي أن يربط الإشارات بالكلام.

إن التجميع الذي يضم الكلام والإشارات يوفر نمطاً تركيبياً يقوم الطفل الأصم بتقليده سواء من الناحية البصرية أو السمعية. وعندما يستخدم الشخص الراشد



الأصـــم الكـــلام مـــع الإشارة، فإنه بذلك ينظم بطريقة شعورية إشاراته بطريقة تـــركيبية. وبالتالـــي يحسن الصم من مهاراتهم الملفوظة، كما يحسن الأشخاص العاديـــون من مهاراتهم اليدوية. والنتيجة النهائية- بطبيعة الحال- مهارة أفضل في التواصل بين الطرفين.

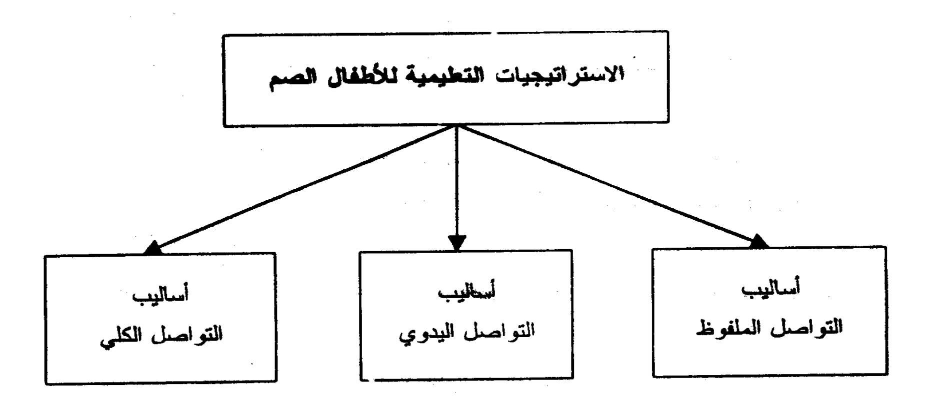
٣- إن القـــدرة علـــى الســـمع تـــدعم المهارات السمعية- الملفوظة (الكلام وقراءة الشـــفاه) بالنســـبة لعدد كبير من الأطفال الصم عندما تكون الأدوات المعينة من الـــنوع الذي يسهل السمع. ويتوقف النجاح في هذا المجال على التغذية المرتدة السمعية أو على قدرة الطفل على أن يسمع الكلام الصادر منه وأيضاً أن يسمع كلام الأشخاص الآخرين.

٤- أن هجـــاء الأصـــابع يدعم القراءة والكتابة ويتطلب هجاء الأصابع تقريباً نفس المســـتوى مـــن النضج ومن الخبرات اللغوية الذي تتطلبه القراءة والكتابة، آية ذلـــك أن أحـــداً لا يستطيع أن يعتبر الأمر عملياً أو مقبولاً أن يبدأ الطفل الأصم فـــي سن ما قبل المدرسة بهجاء الأصابع، تماماً كما أنه ليس عملياً أو مقبولاً أن نـــبدأ الـــنمو اللغوي عند الطفل العادي في سن ما قبل المدرسة بعمليات القراءة والكتابة.

وتســـتخدم استراتيجية التواصل الكلي في الوقت الحاضر على نطاق واسع فـــي الولايات المتحدة الأمريكية، وفي عام ١٩٧٠ أيدت الرابطة القومية للصم هذا المفهـــوم كاستراتيجية تعليمية للأطفال الصم كما تبينت كثير من المدارس- الداخلية واليومـــية- للصـــم هـــذه الاســـتراتيجية منذ الوقت لتنمية أساس لغوي متين أثناء الســـنوات التكوينية المبكرة من حياة الطفل، ولتحسين فعالية برامج التدريب ولذلك تعتبر استراتيجية التواصل الكلي فعالة ومؤثرة مع الأطفال الصم بدرجة حادة، ومع الأطفـــال الذين لا يملكون درجة كافية من السمع تمكنهم من الاستفادة من الأساليب التعليمـــية التـــي تعتمد على التواصل الملفوظ لكن بالنسبة للأطفال الذين تبقت لديهم درجـــة كافـــية من السمع، أو الأطفال المصابين بدرجة من فقدان السمع تتراوح ما

بـــين خفيفة إلى معتدلة، فإن الاستراتيجية التي تقوم على أساليب التواصل الملفوظ تعتبر فعالة ومؤثرة إلى أبعد الحدود.

والشكل التالي يلخص الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الصم:



دور الأنشطة في تعليم المعوقين سمعياً:

تعد الأنشطة التعليمية الفنية التشكيلية والرياضية والموسيقية وغيرها مما يتم داخـــل حجـــرة الدراســـة أو خارجها عنصراً أساسياً من عناصر المنهج التعليمي للصـــم، بـــل تمثل المحور الأساسي فيه لما لها من قيمة تربوية قد تفوق ما للمواد الدراســية الأخـــرى، ونظراً لدورها الفعال في تنمية استعداداتهم، وتنشيط حواسهم المتبقية، وتنمية مهارات الاتصال لديهم.

وقـــد أوضح أحمد اللقاني وأمير القرشي (١٩٩٩) أهم وظائف الأنشطة في مجال تربية الصم فيما يلي:

- تحقيق التوافق الشخصي والمدرسي والاجتماعي.
- زيادة دافعية التعلم لدى الصم، ومساعدتهم على تحقيق التعلم الذاتي.

- المســاهمة فــي الحفــاظ علــى الصحة النفسية للأصم من خلال تحقيق الذات وتقديــرها. وفي علاج بعض مشكلاته السلوكية؛ كالانسحاب والخجل والخوف من مواجهة الآخرين.
- تنمــية بعــض المهــارات الــيدوية، والكشف عن المقدرات الكامنة لدى الصم وتنميتها، ولا سيما المقدرات الإبداعية.
- توفيــر الخبرات الحاسية المباشرة اللازمتن لحدوث التعلم، وربط الأصم بالبيئة من حوله.
- تنمية مهارات الاتصال المختلفة، والاتجاهات السلوكية السليمة؛ كالمبادأة، واتخاذ القــرار، والــثقة بالنفس، والاستقلالية، وتحمل المسئولية، والمشاركة والتعاون، واحترام الأنظمة والقوانين.
- تنمــية مقــدرة الأصــم على الملاحظة والمقارنة والدقة في أداء العمل واحترام العمل اليدوي.
- تحريــر الطفــل الأصمّ من قيود الدراسة الروتينية داخل حجرة الدراسة، وجعل الدراسة أكثر جاذبية وتشويقاً مما يقلل من شعوره بالتبرم والضيق والملل.
- تنمــية المهــارات المعــرفية لــدى التلامــيذ الصــم؛ كمهارة الربط والمقارنة والاستنتاج، وتحديد مصادر المعرفة واستخلاص المعلومات منها.
- توفيــر جــو تســوده الصداقة والود بين المعلم وتلاميذه، وبين التلاميذ وبعضهم البعض.

- الأنشطة الفنية التشكيلية:

الصــم هــم الفــئة الوحيدة بين المعاقين التي تتطور حياتها دون أن تمارس الاتصــال بالآخــرين على أساس سمعي، وتظل محرومة من استخدام اللغة اللفظية كوســيلة للــتفاهم وتــبادل الخبرات. ومع أن اللغة اللفظية تعد أهم أشكال الاتصال والــتفاهم شــيوعاً وسيادة بين الناس، إلا أن مفهوم اللغة لا يقتصر فقط على مجرد

الكلمـــات أو اللغة اللفظية، وإنما يتسع هذا المفهوم ليشمل جميع وسائل التعبير التي يمكـــن أن تفصـــح عـــن معنى؛ سواء أكانت رسماً أو شكلاً أو حركة أو إيماء أو إشـــارة، وفي هذا الإطار يمكننا القول بأن الطفل الأصم لم يعدم وسائل التعبير عن نفسه، والتفكير فيما حوله، فهو يعتمد على الرموز والمفاهيم الشكلية البصرية، ذلك أن معظـــم اتصالاته بما هو في محيطه البيئي والعالم الخارجي عموماً مؤسسة على الاســـتطلاع البصـــري واللمســـي، كما ترتكز الطرق التي يتواصل بها ويتعلم من خلالهـــا على حاسة الإبصار التي تلعب دوراً بارزاً في عمليات الإرسال والاستقبال اللازمة لها، ومن هذه الطرق لغة الإشارة وأبجدية الأصابع وقراءة الشفاه.

ويـــؤكد الباحـــثون أن الرسم يتضمن قيماً خاصة بالنسبة للطفل الأصم حيث يكفـــل لـــه الفرصـــة لتكوين المفاهيم، فالرموز الشكلية- شأن الرموز اللغوية- هي وســـيلة لتمييز المدركات والدلالة عليها، فرسم رجل أو شجرة مثل كلمتي رجل أو شجرة من حيث هما تعميمات ورموز، كما أن رسم موضوع أو حادثة ما هو شكل مركب ينظم عديداً من التفاصيل والعلاقات التي ربما تنسي أو تندثر.

ولقد أجريت بعض البحوث في مجال المقدرة الفنية لدى الطفل الأصم ومنها دراســـتي بنتنر Pintner, 1941 ومايكل بست Myklebust, 1960 عن الحكم الفنـــي. وكشـــفت نتائج الدراسة الأولى عن أنه يوجد فارق بسيط بين الصم وعاديو الســـمع من حيث الحكم الفني، وبينت نتائج الدراسة الثانية أن الصم ليسوا بأقل من عـــادي الســـمع في هذا المجال، ووجه بنتنر الأنظار إلى ضرورة الاهتمام بمجال المقـــدرة الفنـــية لـــدى الصم بغض النظر عن أن لهم استعداداتهم الخاصة في ذلك المجال على أمل اكتشاف أنهم أقل إعاقة فيه عن الآخرين. وأوضح مايكل بست أنه مـــن الضـــروري توجيه جهد أكبر لتشخيص استعدادات الصم خاصة الاستعدادات الفنية لتنمية وتطوير ما يظهر منها.

ويـــرى المؤلـــف أن الأنشطة الفنية عموماً يمكن أن تكون بمثابة النافذة التي يطـــل مـــنها الطفـــل الأصـــم علـــى العالم الخارجي اللامحدود معبراً عن أفكاره

وانفعالاته، ونطل منها نحن على عالمه الداخلي من خلال ما يعكسه في تعبيراته الفنية من رموز، كما نستكشف من خلالها استعداداته ومقدراته الفنية سعياً إلى تنميتها وإلى بناء جسور للاتصال معه.

لقد أجرت رواني سيلفر عدة دراسات Silver, 1963, 1966 قامت من خلالها بتدريس بعض البرامج الفنية التجريبية للأطفال الصم وخلصت منها إلى:

١- أن الطفل الأصم ربما يكون متأخراً في التفكير المجرد ليس بسبب فقدانه المقدرة على التجريد، إنما بسبب فقدانه الفرص التي تكفل له تنمية التفكير التجريدي، والفن يتيح له تلك الفرص عن طريق تدريب التخيل، التداعي، والتذكر، والإدراك، والتنظيم، ومن ثم يلعب الفن بذلك دوراً هاماً في استثارة النمو العقلي لدى لأصم.

٢- أن الفن يمد الطفل الأصم بإمكانات فريدة لتحقيق التوافق الانفعالي. فالأشكال الفنية يمكن أن تكون مخارج مقبولة اجتماعياً للمشاعر غير المقبولة. كما تهيئ للأصم بيئة يمكنه التحكم فيها عن طريق سيطرته على المواد والأدوات التي يستخدمها، والأشكال التي يحققها.

٣- أن الرسم والتصوير يمكن أن يخدمان كوسائل للتعبير عن الأفكار والخبرات التي لا يمكن أن يعبر عنها لفظياً، وكوسائل لتنمية المقدرات والمعرفة والاهتمامات والاستعدادات والحاجات.

٤- إن الرموز الفنية يمكن أن تخدم كوسائل لتنظيم الأفكار والخبرات والاستدعاء والتصميم والتخيل. كما يمكن للممارسات والخبرات الفنية أن تمدنا بوسائل الاتصال بالآخرين والأحداث، ولإسقاط الخوف والغضب والعدوان بطرق مقبولة، تساعد الصم على التحكم في البيئة والإحساس بالنجاح.

ولقد لاحظت زليدي ليندسي Lindsay, 1972 إلى أن الصم يفتقرون إلى إيقاع الأصوات، فهم نادراً ما يكتسبون حساً إيقاعياً بنفس الدرجة التي عليها عاديو السمع إذا لم يعطوا تدريباً علاجياً، ويمكن للأنشطة الفنية أن تساعد على تنمية



الإحساس بالإيقاع عند الصم من خلال إدراكهم اللمسي وبما تتيحه لهم من مجالات ووسائل تفيد في التدريب الحاسي، بالإضافة إلى كونها تساعدهم على التعبير عن مشاعرهم، والتنفيس عن انفعالاتهم.

وقد كشفت نتائج دراسات عديدة عن الآثار الإيجابية لاستخدام الأنشطة الفنية التشكيلية: كالرسم والتصوير، والأشغال الفنية والتشكيل المجسم وغيرها في تسهيل النمو اللغوي والانفعالي والمعرفي والاجتماعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً، وفي تحسين كفاءاتهم الشخصية وسلوكهم التفاعلي، وفي خفض معدلات السلوك العدواني لديهم، وزيادة مهاراتهم التواصلية.



– الأنشطة الحركية والرياضية:

يمكن للأطفال الصم أن يمارسوا ويتعلموا المهارات الحركية من خلال الأنشطة الرياضية الفردية والجماعية بنجاح. كما يمكنهم أن يشاركوا في بعض المنافسات الرياضية في كثير من الألعاب ككرة القدم، والكرة الطائرة، وكرة السلة مع ملاحظة أن إدراكهم الحركي يتأثر بقصورهم السمعي في بعض الألعاب. فهم يفتقرون إلى وسائل الإنذار السمعي والتغذية الرجعية السمعية.

فبينما يفيد الطفل العادي عند تعليمه التصويب في كرة السلة– مثلاً– من صوت ارتطام الكرة باللوحة أو الحلقة لتعديل أدائه وتحسينه، لا يمكن للأصم أن يفيد من تلك التنبيهات السمعية.. ولذا يجب الاستعاضة عن ذلك بإشارات بصرية أو ضوئية معينة.

كما تعد الأنشطة الإيقاعية الحركية ذات فائدة كبيرة في تنظيم حركات الصم وضعاف السمع، وفي تحقيق المزيد من السيطرة على أعضاء جسمهم والتحكم فيه، وفي تنمية إحساسهم وتذوقهم الجمالي، مع مراعاة تحويل الإيقاعات السمعية إلى إيقاعات بصرية أو حاسحركية كالتصفيق باليدين، والاعتماد على الوسائل الضوئية.

- الأنشطة الموسيقية:

تلعب الأنشطة الموسيقية دوراً بالغ الأهمية بالنسبة لضعاف السمع لما لها من تأثير إيجابي في نموهم الانفعالي والاجتماعي واللغوي. فالغناء يساعد الطفل ضعيف السمع على تنظيم عملية التنفس وتحسين النطق وعلاج بعض عيوبه كما يساعد على المزيد من التواصل البصري.

فضلاً عن قيمة الغناء الجماعي خاصة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية، كالمشاركة والنظام والتعاون.

كما أن الاستماع والتذوق الموسيقي له فائدته بالنسبة لاستثارة وتنمية البقايا السمعية، وزيادة مدى التركيز والانتباه، وتحسين مستوى التمييز السمعي من خلال التدريب المتواصل والمنتظم على سماع الألحان وتمييز الأصوات والإيقاعات.

وتشير نتائج بعض البحوث إلى أنه حتى بالنسبة للطفل الأصم يمكن استخدام بعض الوسائل البصرية واللمسية التي تمكنهم من تعلم الموسيقى والاستماع إليها، والمشاركة في بعض الأنشطة الموسيقية، حيث يمكنه الإحساس بسرعة ترددات النغمات، والتعرف عليها والتمييز بينها من خلال تثبيت يده على الآلة الموسيقية لاستقبال الذبذبات الصادرة عنها، إضافة إلى الحصول على تغذية راجعة عن طريق إشارات ضوئية معينة.

وقد استحدثت أميرة مصطفى وسوزان عبد الله (١٩٩٨) وسيلتين لتعليم الموسيقى لطفل الروضة المعاق سمعياً، إحداهما لوحة إيقاعية مضيئة تشمل أشكالاً لبعض العلامات الإيقاعية عبارة عن قطع بلاستيكية مثبتة على علبة خشبية مفرغة خلف كل منها لمبة تضيء عند الضغط على المفتاح، وتنطفئ عند رفع اليد عنه، وبحيث يمكن التحكم في زمن الإضاءة ليعبر عن زمن الإيقاعات المختلفة.

أما اللوحة الأخرى فهي لوحة النغمات الملونة المضيئة، وهي ذات مفاتيح البلاستيك الملون، ويرمز لكل نغمة بلون محدد، فالنغمة "صول" يرمز لها بالأحمر،

والـــنغمة "مـــي" بالأصفر، والنغمة "دو" بالأزرق، واللوحة مثبتة على علبة خشبية مفـــرغة بها لمبات كهربائية خلف كل مفتاح بحيث تضيئ اللمبة عند الضغط على المفتاح المعبر عن النغمة، وتنطفئ عند رفع اليد عنه.

وقـــد استخدمت هاتان الوسيلتان مع آلة الأورج ولوحة أخرى وبرية لتثبيت الأشـــكال الإيقاعـــية المخـــتلفة بألوان النغمات، ضمن برنامج موسيقي استمر لمدة خمـــس جلسات مدة كل منها ثلاثون دقيقة، وأسفرت النتائج عن تحسن جوهري في أداء الأطفـــال فـــي كـــل مـــن الشـــق الإيقاعي والشق اللحني بعد تعليمهم المفاهيم الموسيقية واكتسابهم بعض المهارات الحركية والغنائية.

ثالثاً: الإعاقة الحركية:

مقدمة:

ينظر إلى الشخص المعوق حركياً على أنه ذلك الفرد الذي لديه إعاقة في حركته وأنشطته الحيوية نتيجة فقدان أو خلل أو إصابة في مفاصله وعظامه مما يؤثر على وظائف العادية، وتعد الإعاقة الجسمية من المظاهر الأساسية للإعاقة الحركية بصفة عامة، حيث أنها تمثل أهمية خاصة وذلك نتيجة أن كل إنسان لديه صورة ذهنية عن جسمه وشكله وهيئته ووظيفته وبالتالي فإن حدوث أي خلل أو قصور في هذه الصورة لدى الإنسان يؤدي بالتالي إلى ظهور العديد من المشكلات التي يتعرض لها الفرد نتيجة إعاقته.

ويتناول هذا الفصل عرض لمفهوم الإعاقة الحركية لدى الفرد من خلال عرض الأربعة مكونات الأساسية للسلوك الحركي واليت تتمثل في المكون الإدراكي والمكون المعرفي، والمكون التنسيقي، والمكون الشخصي. وتسير عملية نمو المهارات الحركية من خّلال خمسة مستويات رئيسية تم عرضها بإيجاز وكذلك العوامل التي تؤثر في تعلم الفرد للسلوك الحركي.

ونظراً لأن الإعاقة الحركية تمثل جانباً ولحداً من أنواع كثيرة من الإعاقات فإنها بالتالي تجعل للمعوقين حركياً احتياجات ذات طابع خاص تتفق في شكلها العام مع احتياجات الأفراد العاديين، وتختلف في مضمونها لتضع احتياجات خاصة بفئة المعوقين حركياً. وحيث أن الإعاقة الحركية تؤثر تأثيراً بالغاً على المعوق مما يجعل هناك مشكلات نوعية لهؤلاء الفئة من المعوقين وكذلك استجابات وعوامل متباينة للمعوقين أنفسهم وتساعد طريقة العمل مع الجماعات كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية بدور فعال في التخفيف من حدة هذه المشكلات واستثمار أقصى ما يمكن استثماره من طاقات وقدرات المعوق حركياً، ويختتم الفصل بعرض لمداخل الممارسة المهنية التي يجب أن تتبع في مجال رعاية المعوق حركياً.

أولاً: مفهوم الإعاقة الحركية:

الشخص المعوق حركياً نعني به ذلك الفرد الذي تعوق حركته ونشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية.[٦٥] بل يمتد ويشمل الحركات الإرادية واللاإرادية وتنشأ الحركة من انكماش إحدى العضلات وانبساط العضلة الأخرى المقابلة لها، أي من الاختلاف القائم بين قوى الجذب والدفع، ويتميز بدء تكوين المهارات الحركية ببذل الطاقة التي تزيد بكثير على الجهد اللازم لكسب المهارة.

ويشير تعلم المهارات الحركية إلى أي نشاط سلوكي يجب على المتعلم فيه أن يكتسب سلسلة من الاستجابات الحركية الدقيقة، أي الاستجابات التي تتطلب حركات جسمية، ومصطلح المهارة الحركية Mottor Skils يشير إلى السلوك أو الاستجابات والمهارات التي تتطلب تناسقاً عصبياً- عضلياً أي تتضمن جانبين إحداهما نفسي إدراكي والآخر حركي.

وحيث أن كثيراً من الدراسات والتجارب أثبتت العلاقة القوية بين النمو الحركي والمهارات الحركية ومظاهر النمو الأخرى وأن الفرد ذا الإعاقة الحركية يكون مقيداً في التفاعل مع البيئة التي تقيد رغبات[٦٦]، الأمر الذي يدفعنا إلى التعرف بصورة مبسطة على مكونات السلوك الحركي وخطوات مهارته والعوامل المؤثرة فيه.

(١) مكونات السلوك الحركي:

هناك أربعة مكونات أساسية للمهارة الحركية هي:

١- مكون إدراكي و الذي يظهر في قدرة المتعلم على توجيه انتباهه نحو المثيرات الحسية المدخلية المختلفة الخاصة بالمهارة المرغوب تعلمها وإدراكها على نحو جيد.

٢- مكـــون معرفـــي ويـــتعلق بالقدرات العقلية المتنوعة التي تمكن المتعلم من فهم المهارة موضوع التعلم، وما يتطلبه من تخطيط واستراتيجيات واتخاذ للقرارات المناسبة وتقويمها.

٣- مكون تنسيقي والمقصود بها التنسيق بين المدخلات المثيرية الحسية والاستجابة الحركية لأنه لولا التآزر الحسي- الحركي، وترتيب سلسلة الاستجابات الحركية في نسق منظم لتعذر القيام بأي سلوك.

٤- مكـــون شخصي ويشير إلى أن المهارة الحركية تتأثر ببعض الحقائق المزاجية وغير المعرفية، كالقدرة على الاسترخاء، والاحتفاظ بالهدوء في ظروف تستثير التوتر وكذلك الثقة بالقدرات الذاتية.

(٢) مرحلة نمو المهارات الحركية:

عـــرف شـــنابل Shnable التعلم الحركي بأنه "الاكتساب والتطوير والتثبيت والاســـتخدام والاحـــتفاظ بالمهـــارة الحركية، والذي يرتبط بالتطور العام للشخصية الإنســـانية ويحـــدث بصفة خاصة بارتباطه مع اكتساب المعارف وتطور القدرات التوافقية والبدنية واكتساب الخصائص السلوكية.[٦٧]

وقد حاول بعض الباحثين ترتيب خطوات النمو الحركي كما يلي:

١- المســـتوى الأول: حـــركات عشوائية غير واضحة الهدف ولكنها تمهد لظهور الأنماط الحركية المختلفة.

٢- المستوى الثاني: حركات عامة بدائية مؤقتة تهدف إلى كسب المهارة الحركية لكنها تسرف في بذل الجهد والطاقة.

٣- المستوى الثالث: حركات عامة بدائية مؤقتة تهدف إلى كسب المهارة الحركية لكنها تسرف في بذل الجهد والطاقة.

٤- المســـتوى الرابع: حركات موجهة توجيهاً تاماً نحو كسب المهارة، ولا تشوبها الحركات الإضافية التي كانت تظهر في المستويات السابقة.

٥- **المستوى الخامس:** اتساق بين حركات بعض المهارات الصغيرة لكسب مهارة كبيرة.

(٣) العوامل المؤثرة في تعلم السلوك الحركي:

١- **التغذية الراجعة Feed back :** وهي تشير إلى المعلومات التي تتوافر للمعلم حول طبيعة أدائه لمهارة حركية وقد يكون مصدر المعلومات داخلياً (شعور المتعلم باستجاباته الحركية) أو مصدر خارجي (المعلم أو المدرب) أي أن التغذية الراجعة تشير إلى المعلومات التي يشتقها المتعلم من خبراته وأفعاله على نحو مباشر، وتلك المعلومات تمكن المتعلم من إجراء بعض التعديلات والتغييرات في سلوكه الحركي.

٢- **التدريب:** وله أثر كبير في تعليم السلوك الحركي ويرجع ذلك إلى أن المهارة الحركية تتطلب ممارسات لفترات زمنية طويلة نسبياً للتمكن من أدائها بشكل رشيق وفعال ويشير التدريب إلى قيام المتعلم بتكرار أداء المهارة الحركية موضوع التعلم بعد تزويده بالتغذية الراجعة المناسبة لتحسين مستوى هذا الأداء.

٣- **الانعصاب المعلوماتي:** وهو الحالة الانفعالية الداخلية للفرد عندما يكون في ظروف غير مواتية أو عندما يواجه بمهمة تفرض عليه شروطاً غير مرغوب فيها كما في حالات الإعاقة الحركية وهناك دلائل تشير إلى وجود علاقة بين مستوى الانعصاب المعلوماتي ومستوى الأداء الحركي وتكون هذه العلاقة إيجابية في ضوء مستوى معين من الانعصاب وإذ تعداه تغدو العلاقة سلبية.

وكلما كان الفرد أكثر امتلاكاً لخصائص مثل قوة التركيز وتحمل الضغوط والمثابرة ومقاومة المثيرات المشتتة كلما كان أكثر قدرة على تحمل الانعصاب المعلوماتي وكان أداؤه أقل تأثيرا.

ثانياً: احتياجات المعوقين حركياً:

إذا كانت الحاجات الفسيولوجية ضرورية للمحافظة على بقاء الفرد ونوعه، فإن الحاجات الاجتماعية والنفسية ضرورية لسعادة الفرد وطمأنينته، فإحباطها يثير في نفسه القلق ويؤدي إلى كثير من اضطرابات الشخصية ويعرف قاموس علم الاجتماع الحاجة Need أنها حالة من التوتر أو عدم الإشباع يشعر بها الفرد وتدفعه إلى التصرف متجهاً نحو الهدف الذي يعتقد أنه سوف يحقق له الإشباع.

ويمكن تقسيم احتياجات المعوقين حركياً إلى:

(١) احتياجات صحية وتوجيهية:

١- احتياجات بدنية مثل استعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية وهي تشمل كل الخدمات والأنشطة التي تحسن الحالة الصحية للمعوق وتتضمن العلاج، وأجهزة تعويضية، تقويم الأعضاء، أي مساعدات وتجهيزات أخرى تساعد المعوق على استعادة واكتساب استقلاليته البدنية. [٦٨]

٢- احتياجات إرشادية مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وتنمية الشخصية.

ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال استشارات الشخصية، والعلاج النفسي الإرشادي، والتشجيع والتدعيم الاجتماعي.

٣- احتياجات تعليمية مثل إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار. فهم يحتاجون إلى طرق تعليمية وتربوية منظمة وفعالة لمقابلة تلك الاحتياجات. ولخلق وتدعيم القيم العلمية.

٤- تدريبية مثل فتح مجالات التدريب تبعاً للمستوى المهاري.

(٢) احتياجات اجتماعية:

وتتمثل في:

١- علاقية مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

٢- تدعيمية مثل الخدمات المساعدة التربوية والمادية واستمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية، وكلها تدعم القيم الاجتماعية المختلفة.

٣- ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجاملات المعرفة.

(٣) احتياجات مهنية:

١- تهيـئة سـبل التوجيه المهني المبكر والاستمرار فيه لحين الانتهاء من العملية التأهيلية، التي تصون القيم المهنية وتأمن استمراريتها.

٢- تشريعية مثل إصدار تشريعات في محيط تشغيل المعوقين وتوفير فرص العمل التي تناسبهم.

ونحــن نحــاول التأكـيد من خلال هذا المؤلف على أهمية أن تسير محاولة إشــباع تلك الحاجات العامة والخاصة جنباً إلى جنب مع خلق وتدعيم النسق القيمي الســليم للمعوق على اعتبار أنه محدد عام من محددات السلوم الإنساني ويساهم في تحقيق التوازن النفسي الاجتماعي ويعتبر قوة دافعة للسلوك والعمل.

ثالثاً: المشكلات المترتبة على الإعاقة الحركية:

لقــد أكدت الدراسات أن الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الجسمية بصفة خاصة آثارهــا تظهر بشكل أبعد من مجرد الحدود الفيزيقية ، و تنطلق إلى مجالات أوسع مــن حياة الفرد.[٧٠] فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصوره لذاته الجسمية ونقصد بها "فكرة المعوق"، أو الصورة الذهنية لديه عن جسمه وشكله وهيئته ووظيفته[٧١] ويخطط معظم الناس لحياتهم بناء على مفهومهم لذواتهم الجسمية وقــدراتها والقدرات الأخرى المرتبطة بها وأي إعاقة في هذه القدرات تهدد الإنسان في حاضره ومستقبله وتؤدي إلى اضطراب قدراته الإنسانية وتؤدي بالتالي إلى إثارة مخاوفه وقلقه. وإلى ظهور العديد من المشاكل التي يمكن تصنيفها كما يلي:

١ – المشكلات النفسية:

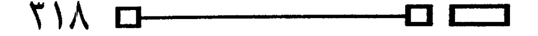
أ- الشعور الزائد بالنقص، والشعور بالنقص هو اتجاه يحمل صاحبه على الاستجابة بالخوف الشديد والقلق والاكتئاب وشعور الفرد بأنه دون غيرِه، وميله إلى التقليل من تقديره لذاته، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تنطوي على التنافس والنقد.

وقد يكون لدى المعوق عقدة النقص، وهي الاستعداد اللاشعوري المكبوت وينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة ومتكررة تشعره بالعجز والفشل والسلوك الصادر من عقدة النقص غالباً ما يكون سلوكاً غير مفهوم هذا إلى جانب طابعه القهري ومن ذلك العدوان والاستعلاء والإسراف في تقدير الذات ومن العوامل التي تحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وجود إعاقات جسمية بالفرد. (٧٢)

ب- الشعور الزائد بالعجز وهو يخلق نمطاً من المعوقين ذلك النمط الذي يتقبل قضاءه ويستكين للواقع ويحاول استخدام ضعفه في استجداء عطف الآخرين، وكذلك نمط فقد احترامه لنفسه حيث يجد في عاهته حجة لكي يتنصل مكن دوره في أسرته ومجتمع ولا يجد بّأساً في العيش عالة على الآخرين.(٧٣)

جـ- عدم الشعور بالأمن والاطمئنان نحو حالته الجسمية فهو لا يطمئن إلى الجري والوثب وقد يحدث اضطراب في الإدراك لعدم قدرة المعاق على التقدير الواقعي، كما أنه يشعر بعدم الاطمئنان للغير للتفاوت في اتجاهات واستجابات الآخرين نحوه وعدم وجود أدنى اتساق أو انسجام بينهما، أو عدم اطمئنان للنفس فهو في حالة تذبذب وتردد وحيرة.

د- الإسراف في الوسائل الدفاعية حيث يميل إلى النكوص السلوكي في مستوى اعتماده على الغير والتي تتأكد من خلال تقلص حركته والاحتياجات التي يعبر عنها للحفاظ على نفسه وذلك باعتماده على الآخرين وكذلك الكبت حيث يضطر إلى استخدام ميكانيزمات غير توافقية كالإسقاط، وتحويل اللاانفعالية غير السوية مع الآباء إلى الآخرين، أيضاً العدوان الذي قد يوجه إلى الآخرين أو إلى



نفسه، والسلوك التعويضي والإنكار الذي يختفي خلف العناد والإصرار على سلوك صعب، والانطواء نتيجة الشعور بالنقص.

٢- المشاكل الاجتماعية:

لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة أي فرد هي إعاقة في نفس الوقت لأسرته مهمـا كانـت درجة الإعاقة ونوعها منذ أن اعتبرت الأسرة بناءاً اجتماعياً يخضع لقاعـدة الـتوازن الحدي والتوازن هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الإيجابية التي تتميز بالتساند والتكامل والاستمرار ومن صور المشكلات الاجتماعية.

أ- مشـكلات العمل وقد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو تغيير دوره إلـى ما يتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التي ستترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات أمنه وسلامته.

ب- مشـكلات الأصدقاء: تحتل جماعة الرفقاء والأصدقاء أهمية قصوى في حـياة المعـوق وشعوره بعدم الندية مع الآخرين قد يؤدي إلى الانعزال والانطواء، وقـد يلجـأ بعض المعوقين إلى إغراء الآخرين من أجل تبادل الصداقة معهم، فقد يـتفقوا معهم وقد يلجئوا في سبيل ذلك إلى السرقة وقد يحتالوا، يكذبون، ينصاعون لقـيم الأصـدقاء الجـدد وإضرارهم وربما يستعبد لأي صديق، أن يفعل أي شيء لإشـباع الحاجة بأن يتواجد ضمن جماعة وفي سبيل ذلك أيضاً قد يرتبط بجماعات ذات آراء متطرفة كملاذ من هجرة الناس الآخرين له.

جـــ- المشـكلات الترويحية: تؤثر الإعاقة على قدرة المعوق في الاستمتاع بـوقت فـراغه سـواء بالنشاط الترويحي الذاتي أو النشاط الترويحي السلبي. وقد يـرجع ذلك إلى ما قد يجده الفرد من صعوبة في التعبير عما يريده لأن تحقيق ذلك يتطلب شخصاً آخر يمتلك مهارة خاصة أو جهازاً ميكانيكياً فعالاً. وعدم شغل وقت الفـراغ بطريقة مناسبة ربما تقرب الشخص من التخريب المتعمد للممتلكات العامة والخاصـة أو أي سـلوك إجرامـي آخر، أو يتجه إلى الانحراف عن التوازن في الأنشطة من حيث سوء التوقيت، خطأ التقدير.

٣- مشكلات اقتصادية:

تتسبب الإعاقة في كثير من المشاكل الاقتصادية التي قد تدفع المعوق إلى مقاومة العلاج أو تكون سبباً في انتكاس المرض ومنها:

١- تحمل الكثير من نفقات العلاج.

٢- انقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعوق هو العائل الوحيد للأسرة حيث إن الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها.

٣- قد تكون الحالة الاقتصادية سبباً في عدم تنفيذ خطة العلاج.

أيضاً قد تنبع المشكلة الاقتصادية من عدم وجود دافع أو رغبة لدى المعوق في العمل لعدم وجود طموحات لديه مما يقلل من أهمية القيمة الاقتصادية.

٤- المشكلات التعليمية:

يثير عالم المعوقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغاراً أو مشكلة تأهيلهم إذا كانوا كباراً، فكثيراً ما يفصل المعوق نفسه عن الاخرين ليس فقط لأن مظهره الخارجي أو سلوكه غير ملائم، ولكن أيضاً لأنه لا يستطيع مشاركة الآخرين، خاصة في أفكارهم ومشاعرهم أو في التمتع بصفات تتكافأ مع أي درجة من الأخذ والعطاء، وهو غالباً ما يعاني من حرج في الاتصال، يشعر أنه شخص خارجي غريب وهذا الشعور يشجع الآخرين على رفضه.

بالإضافة إلى عدم توفر ضمانات لسلامة المعوقين والشعور بالرهبة والخوف الذي ينتاب التلاميذ عند رؤية المعوق وانعكاس ذلك على سلوك المعوق الذي يكون انسحابياً أو عدوانياً كعملية تعويضية.

٥- المشكلات الطبية:

يتعرض المعوقون لأشكال مختلفة من المشكلات الطبية منها:

١- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.

٢- طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض وارتفاع تكاليف العلاج.

٣- عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين، وكذلك المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي.

٦- المشكلات المتعلقة بالتأهيل:

وهي مشكلات يتعرض لها المعوق وقد تكون مرتبطة بالفرد ذاته أو مرتبطة بمـــا هـــو خارج الفرد فبالنسبة لما هو مربط بالفرد قد ترجع المشكلات إلى اتكالية المعـــوق وخوفه وقلقه من نظرة الآخرين إليه، أما العوامل التي تكون خارج نطاق الفـــرد فهي مشكلات متنوعة ومتغيرة طبقاً لطبيعة المجتمع وإمكانياته ودرجة تقدمه والمستوى العلمي والفني للقائمين بالعملية التأهيلية.[٧٤]

ونحـــن نعـــتقد أن التقليل من آثار هذه المشاكل أو تفاهمها مرتبط بدرجة أو بأخـــرى بالنسق القيمي للمعوق ومدى صلاحية محتواه والتناسق بين هذا المحتوى فوجـــود المعـــوق الواثـــق فـــي نفسه وفي قدراته المتقن لعمله المعتمد على نفسه والمنتمـــي بواقعـــية وبأســـلوب ســـليم إلى جماعة مناسبة، يتعامل مع الأخصائي الاجتماعـــي في جو من الصراحة والحب، القادر على تكوين علاقات طيبة وعلى أســـاس الاحتـــرام المتـــبادل مـــع الآخرين هذه كلها قيم يقلل التماسك بها من حدة المشكلات المذكورة ويسهل التعامل معها بموضوعية.

رابعاً: العوامل المؤثرة على استجابات المعوقين حركياً لإعاقتهم:

هناك عدد من عوامل المتشابكة التي تؤثر على استجابة المعوق حركياً منها:

١- الســـن عـــند حدوث الإعاقة: فالإنسان الذي تحدث الإعاقة له في فترة الطفولة المبكـــرة فإنها تؤدي إلى تقليل فرص الاحتكاك بالبيئة وقد يترتب على هذا النمو البطيء للشخصية ويكون صاحبها أكثر اعتمادية على الآخرين، كما أنه يستمر



محتفظاً بعادات الطفولة لفترة طويلة وقد تظهر عليه استجابات النكوص وإذا ما أصـــابته الإعاقـــة فـــي ســـن كبيرة فإنه يجد صعوبة في التكيف مع الظروف الجديدة.

٢- الجـــنس: مـــن الطبيعي أن جنس المعوق يؤثر على تقويمه لقيمة الإعاقة التي يعانـــي منها فبعض التشوه في الشكل العام يكون أشد تأثيراً في الأنثى عنه في الرجل.

٣- الموقـــف النفســـي والاجتماعـــي للمعوق: ارتباط المعوق بأسره متماسكة على درجـــة مـــن الوعـــي الاجتماعي والثقافي توفر له الدعم والمساندة السوية التي تمكـــنه مـــن امتصاص صدمة الإعاقة مما يحد من استجابات المعوق السلبية، عكس المعوق الذي ينتمي إلى أسرة مفككة غير ناضجة اجتماعياً وثقافياً.

٤- الســـمات الشخصـــية: كلمـــا كان المعوق يملك قدرات عقلية مناسبة ويتصف بالاستقرار الانفعالي وضبط النفس، لديه اتجاهات وقيم صحية يميل إلى التعاون والمشاركة فإن استجاباته السلبية تقل.

٥- اتجـــاه الزملاء في المدرسة نحو الإعاقة: أثبتت لدراسات أن اتجاه المعوق نحو المعـــوق إيجابي بوجه عام ويصل الكثير منهم إلى مستوى مناسب من التوافق النفســـي الاجتماعـــي فـــي مجتمع المعوقين. أما إذا تواجد المعوق في مدارس العاديين فالمشكلة تبدأ من اتجاه العاديين نحوه ومعاملة العاديين له بصورة غير مناسبة مما يجعل رد فعل المعوق واستجابته سلبياً في أغلب الأحوال.

٦- اتجـــاه العاملـــين في برامج المعوقين نحو الإعاقة: الاتجاه الإيجابي من جانب هـــؤلاء نحـــو الإعاقـــة يؤثـــر إيجابـــياً على استجابات المعوق، والنقص في الإمكانيات والتجهيزات من شأنه أن يزيد من استجابة المعوق السلبية.

٧- اتجـــاه المجـــتمع بـــوجه عام نحو المعوق: تتأثر نظرة المجتمع بعدة متغيرات ثقافـــية وحضـــارية ودينـــية وكلما اتسمت هذه النظرية بالإيجابية والتفهم السليم

للمعــوق وحالته النفسية والاجتماعية ووفرت له التسهيلات اللازمة والتي تمكنه من الحياة الكريمة قلل ذلك من الاتجاهات السلبية لدى المعوق. (٧٥)

خامساً: أهمية الجماعة في حياة المعوق:

الجماعــة من وجهة النظر الاجتماعية هي الأداة التي يستخدمها المجتمع في تنشـئة أفــراده وغــرس القيم وتصحيحها وتدعيمها والمحافظة على استمراريتها ويــتوقف جزء هام من التنشئة الاجتماعية ونوع هذه التنشئة الذي تقدر الفرد على ظــروف الفرد نفسه من جهة والتي تزداد أهميتها في حالة وجود إعاقة، وعلى نوع الجماعــات التــي ينتمي إليها من جهة أخرى. ولما كانت التنشئة الاجتماعية عملية مســتمرة حــيث أنا عبارة عن العمليات التي تكسب الفرد الطبيعة الإنسانية، تطور شخصيته، وتعد الفرد وتيسر له المشاركة مع الآخرين في المجتمع.

ولمــا كانت الجماعة هي المرآة الحقيقية التي يستطيع الفرد من خلالها إدراك ذاتــه فــإن مجال استخدام الجماعة يتعدى المساهمة في عمليات التنشئة الاجتماعية إلــى إعادة تصحيح مسارها، حيث أن عملية التنشئة الاجتماعية تتم داخل الجماعة وبواســطتها كإحــدى العمليــات الطبيعــية التي تقوم بها وتوفر طريقة العمل مع الجماعــات مــن خــلال الجماعة الفرص التي يتمكن بها العضو من تدعيم مقدرته على إدراك وتحقيق ذاته خلال علاقاته وارتباطاته الجماعية والاجتماعية المتغيرة.

إن المعــوق فــي المراحل الخمس التي يمر بها وهي تبدأ بالإنكار والرفض للإعاقــة ثــم مــرحلة الــثورة والغضــب وتليها مرحلة التسليم والإقرار ومرحلة الإحســاس بالضــعف وتنتهي بالتقبل للإعاقة والتعايش معها. يحتاج إلى جماعة فإذ بــدأنا بالأســرة كجماعــة أولــية مستقبلية للابن المعوق وإطار من الأطر الدائمة والمســتمرة فــي تأثيــرها على الأبناء، ينظر كثير من الباحثين إلى أنماط التفاعل الاجتماعــي الــذي يســود الجو الأسري بين الابن المعوق وأخوته من ناحية وبينه وبــين والديــه مــن ناحــية أخرى على أنها عوامل مؤثرة على حاضر ومستقبل

المعـــوق. إن استجابات الأمهات والآباء نحو أبنائهم المعوقين تمر بسلسلة كاملة من المشـــاعر الســـلبية كالندم، الرفض والنبذ، اتهام الذات، المشاعر الإيجابية كالتقبل، الفهـــم، الحســـم، الأمـــر الـــذي يتـــرتب عليه سعادة الابن المعوق، وتحقيق الأمن لـــه وتيســـر الحـــياة البناءة تحت القيود المفروضة بسبب .هذه الظروف، وقد يتقبل بعـــض الأخوة والأخوات المعوق بتذمره مما يشعر المعوق بالإهمال وبأنه وصمة عار في حياة الأسرة. (٧٦)

وقد كشفت بعض الدراسات الميدانية في هذا المجال على أن اتجاهات الأسرة نحـــو ابـــنها المعـــوق تتمثل في عدة مراحل تبدأ بالصدمة عند الولادة وعند العلم بإعاقـــة الابـــن والمـــرحلة الثانية الإنكار ويظهر في رفض الأسرة إعاقة طفلهما، والتشـــكك في رأي المتخصصين وثالثاً الغضب حين يتأكد لها بأن الابن يعاني من إعاقـــة مـــا والمرحلة الرابعة الشعور بالذنب والحزن إزاء إعاقة طفلهما لاعتقادهما أنهما السبب في الإعاقة والمرحلة مرحلة التقبل والاعتراف.

وتتضـــمن هذه المرحلة مجموعة من الديناميكيات تؤدي دوراً مؤثراً في نمو شخصية الابن المعوق وتطورها وهي:

١- اتجـــاه الحماية الزائدة: وهو كالتسلط يسلب رغبة الابن في التحرر والاستقلال حـــيث لا تـــتاح للابن فرصة القيام بواجباته وما يخصه مما يؤثر على خبرته بالسلب وتخلق منه شخصاً قلقاً غير قادر على تحمل المسئولية.

٢- اتجـــاه الإهمـــال والنبذ: وقد يكون هذا الإهمال صريحاً أو غير صريح، وهذا يبنـــي فـــي نفـــس الابـــن روح العدوان وزيادة الحساسية والإفراط في الشعور بالذنب وعدم الانتماء للأسرة.

٣- اتجـــاه التدليل الذي يظهر في التراخي والتهاون في معاملة الابن وعدم توجيهه لـــتحمل أي مســـئولية مناســـبة ويظهر التدليل أيضاً في اهتمام الأسرة بإشباع احتـــياجات الابن في الوقت الذي تزيده مهما كانت غير مشروعة ومن ثم يتعود

علـــى الأخـــذ دون العطـــاء ولا يســـتطيع الشعور بالمسئولية ويتعرض سريعاً للاضطراب عندما يواجه أي موقف عارض.

٤- اتجـــاه الـــتذبذب: وهو التأرجح بين الثواب والعقاب واللين والقسوة مما يجعل الطفل في حيرة، دائم القلق مما يخلق شخصية غير مستقرة.

٥- اتجـــاه التفـــرقة ويترتب عليه شخصية تتسم بالحقد مليئة بالغيرة، والذي يحظى بالاهتمام تتكون لديه اتجاهات أنانية، ولا يهتم بمشاعر الآخرين.

تلك الاتجاهات تؤثر سلبياً على النسق القيمي للمعوق وعلى التفاعل بين القيم المخـــتلفة وعلـــى علاقاته طوال حياته إن لم يتم التعامل معه داخل جماعة مناصبة تحت إشراف مهني سليم.

هـــذا مـــن حيث الأسرة أما من ناحية جماعة الأصدقاء أو الزملاء أو القرناء فلهـــم تأثير واضح على التوافق الناجح للمعوق وذلك يعتمد على أفعالهم واتجاهاتهم وربمـــا تفـــاعلاتهم معـــه تشعره بعدم الأمن، وبدرجة من اليأس، والارتباك، والنبذ والشـــعور بالإثم، أو الذنب، مما يؤدي إلى انخفاض احترامه لذاته وقد يترتب على ذلـــك انســـحاب المعوق من التفاعل، أو بأن يصبح عالة بشكل متزايد. (٧٧) أيضاً قد تزيد بعض الجماعات من إحساس المعوق بعدم الكفاءة والضعف في مجالات معينة يـــتوقع أن يكـــون فيها في مستوى معقول وربما يتأثر في أدائه لدوره بالقيود التي تهـــر فـــي توقعات الآخرين. (٧٨) وقد يصنع الأعضاء الانفعالات السلبية من خلال عـــدم الاعـــتماد علـــى الشخص المعوق وعدم دفعه وقد يثير ضيقهم عندما يواظب على أعمال محببة لديه.

ويمكـــن أن تؤثر الجماعة إيجابياً على المعوق خاصة فيما يتعلق بتكوين قيم واضحة.

ويـــرى "كيرستشـــبيون" Kirsehenbaum أن هذه العملية تتضمن الإحساس، التفكير، الاتصال، الاختيار، الفعل وهذه المكونات يمكن اختصارها كما يلي:

١- **الإحساس:** ويتضمن تعبير الشخص أمام الأعضاء عن آرائه ومشاعره الشخصية وفقـاً لخبراته الداخلية وترتبط بدرجة وعي الفرد بخبرته الداخلية ومدى تقبل الفرد لهذه الخبرة.

٢- **التفكير:** ويشتمل على مكوناته السبعة ويتضمن التذكر والنقل والترجمة والقابلية للتطبـيق والتفسـير والتحليل والتقييم، أيضاً التفكير النقدي الذي يميز من خلال الاعـتقاد "الـرأي" عـن الحقـيقة"، وتميـز الحجج المدعمة من غير المدعمة وتحلـيل الـدعايات والقـوالب الجامدة، والتفكير المنطقي والإبداعي، بالإضافة إلى مهارات المعرفة الأساسية وهي استعمال اللغة والمهارات الحسية ومهارات البحث.

٣- **الاتصـال اللفظي وغير اللفظي:** ويتضمن إرسال رسالات واضحة والإصغاء الواعي والانطلاق في الحديث، وأن يسأل أسئلة واضحة ويعطي ويستقبل التغذية الاسترجاعية Feed back وأخيراً حل الصراعات.

٤- **الاختـيار:** ويتضمن التّدقيق في النتائج والبدائل ويراعي التفكير العميق الواعي والدراسه الدقيقة ويعتمد الاختيار على استراتيجية تحدد فيها الهدف ويتم تجميع المعلومات وحل المشكلة والتخطيط وحرية الاختيار.

٥- **الفعـل:** ويتضـمن الفعل مع تكراره ونمطه ومدى استقامته ومدى المهارة في الفعـل والكفـاءة ويتم إفراز القيمة بمشاركة الآخرين من أعضاء الجماعة فيما يقتـنع به. (٧٩) أيضاً من خلال ما توفر الجماعة من فرض الالتقاء مع الآخرين ومشـاركتهم في ممارسات مختلفة تساعد المعوق على تكوي علاقات اجتماعية طبيعـية مع الآخرين وتوفر له المهارات الاجتماعية والعاطفية إلى تحقيق النمو السـليم. وتشبع لدي المعوق حاجته إلى الانتماء والاندماج في جماعة ويتحرر بـتلك العضوية من السلطة الأبوية حيث يشعر بدرجة من الاستقلالية ويتعلمون من خلالها كيف يصنعون أصدقاء، ويكف يحافظون عليهم.



وتقـــوم الجماعـــة بـــدور حيوي ومؤثر في تعديل فكرة المعوق عن نفسه أي مفهومه نحو ذاته الذي يقصد به التكوين المعرفي المنظم الموحد والمتعلم للمدركات الشـــعورية، والتصـــورات والتعميمات الخاصة بها والتي يبلورها المعوق ويعتبرها تعـــريفاً نفسياً ذاته، ويتأثر هذا المفهوم تأثراً كبيراً بالأحكام التي يتلقاها من أعضاء الجماعـــة ذوي الأهمـــية الانفعالية في حياته وبتفسيراته لاستجاباتهم نحوه، ويتعاظم دور الجماعـــة فـــي هـــذا المجال إذا عرفنا أن وظيفة مفهوم الذات هي العمل على وحـــدة وتماســـك واتساق الجوانب المختلفة للشخصية وإكسابها طابعاً مميزاً، وتقوم بتنظـــيم عـــالم الخبـــرة المحيط بالفرد في إطار متكامل ومن ثم تكون بمثابة الطاقة الدافعة لسلوك الفرد وأوجه نشاطه المتعدد في الحياة. (٨٠)

مراجع الفصل السابع

١- فـــارق عبد الحميد اللقاني: تصنيف الطفل فلسفته وأهدافه ومصادره، ووسائله، الإسكندرية، منشأة المعارف، ١٩٧٦.

٢- محمد بن بكر عبد القادر الرازي: مختار الصحاح، لبنان، بيروت، دار التنوير العربي، ١٩٨٥.

٣- أحمد الشرباصي: في عالم المكفوفين ، القاهرة ، مكتبة نهضة مصر ، ١٩٦٢.

٤- جمهـــورية مصـــر العـــربية: وزارة التربية والتعليم، قرار وزاري، رقم ٣٧، بتاريخ ١٩٩٠/١/٢٨.

٥- يوســـف الشيخ، عبد السلام عبد الغفار: سيكولوجية الطفل غير العادي، التربية الخاصة، القاهرة، دار النهضة المصرية، ١٩٦٦.

6- The Oslo Meetings: "Proceedings of the International Conference of Educations of Blind Youth. N.Y: McGraw Hill, 1957.

7- Batra, Sushma, Social Intergration of the Blind; a Study in Delhi, New Delhi, Naurang Ra, Concept Publishing Company, 1987.

٨- جمهـــورية مصر العربية: وزارة التربية والتعليم، ملحق الوقائع المصرية، عدد ١٢٩، ١٩٦٨.

٩- سامية عباس محمد القطان: دراسة مقارنة لمستوى القلق عند المراهقات الكفيفات والمبصـــرات، رســـالة ماجســـتير، كلية البنات، جامعة عين شمس، ١٩٧٥.

10- Wolfe, Josephin B., & Perry, Day A., Dictionary of the Wolf High Correlation Word List, Chicago, Children Press, 1969.

11- Boldwin, James Mark, Dictionary of Philospհy and Psychology Giving at Erminology in English, French, German and Italian, New Edition



with Correction, Gloucester, Mass Peter Smith, 1960.

12- Kappa, Phi Delta & Cood, Carter V., Dictionary of Education, New York, McGrow-Hill, 3d ed., 1973.

13- Coldenson, Robert, M., Longman Dictionary of Psychology aand Psychiatry, New York, Longman, 1984.

١٤- مصطفى فهمي: مجالات علم النفس، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، المجلد الثاني، القاهرة، مكتبة مصر، ١٩٦٥.

١٥- لطفي بركات أحمد: الفكر التربوي في رعاية الطفل الكفيف، القاهرة، مكتبة الخانجي، ١٩٧٨.

١٦- صديقة العوضي: المعوقون، الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الطبعة الأولى، ١٩٨٣.

١٧- سيد خير الله، لطفي بركات أحمد، سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٦٧.

١٨- عطيات عبد الحميد ناشد، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٦٩.

١٩- محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي للمعوقين (دراسة في الخدمة الاجتماعية)، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٣.

٢٠- محمد عبد المؤمن حسين: سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، ١٩٩٠.

٢١- يوسف الشيخ، عبد السلام عبد الغفار: سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة، القاهرة، دار النهضة المصرية، ١٩٦٦.

٢٢- فاطمة علي عبد الحق: دراسة مقارنة لبعض أنماط اتجاهات المكفوفين والمبصرين نحو كف البصر وأثرها على الشخصية، رسالة ماجستير، جامعة أسيوط، كلية التربية، ١٩٧٨.

23- Cutsforth, Thomas, D.; The Blind in School and Society, New York, American Foundation for The Blind, 1951.

24- Super, D. E., Appraising Vocational Fitness of Psychological Tests, New York, Macmillan, 1949, P. 86. .

25- Barkly, H. J.: Introduction to Excptional Psychology, New York Macmillan, 1949, P. 86.

26- Thomas, J.: Children are Need of Special Case, London , Souvenir Press, 1970.

٢٧- ج. بـيلون: تعلـيم المعوقـين بصرياً في الفصول العادية للأسوياء، ترجمة نظيرة حسن، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٦٦.

٢٨- مخـتارة حمزة: سيكولوجية المرضى وذوي العاهات، القاهرة، دار المعارف، ج٣، ١٩٦٤.

٢٩- فؤاد البهي السيد: الذكاء، القاهرة، دار الفكر العربي، ط٢، ١٩٦٩.

30- Cutsforth, Thomas, D.: The Blind in School and Society. Op. Cit, 1951.

٣١- سـامية محمـد القطان: دراسة مقارنة لمستوى القلق عند المراهقات الكفيفات والمبصرات، رسالة ماجستير، القاهرة، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٧٤.

32- Sommers, Vita:"The Infuence of Parental Attudes and Social Environment of Perenality Development of the Adolecent Blind, N. Y.: American Foundation for the Blind, 1944.

٣٣- مصـطفى فهمـي: التوافق الشخصي والاجتماعي، القاهرة، مكتبة الخانجي، ط١، ١٩٧٩.

٣٤- حمـدي محمد إبراهيم منصور: "دراسة وصفية لاتجاهات الوالدين نحو كف بصر طفلهما وعلاقته بالتوافق الشخصي والاجتماعي للطفل رسـالة ماجستير، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٦.

35- Dortheas Fichther- How to Raiseablind Child- West Cermany Christoffel Blinden- imission, First Eduition N. Y., Macmillan, 1979.

36- Anne, Anastasi, Psychological TestingN.Y.:The MecMillaan Company, 3v, 1968.

٣٧- محمد علي حسن: علاقة الوالدين بالطفل وأرها في صناع الأحداث، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٠.

٣٨- فهمـــي يوسف اللحامي: الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة العقلية وعلاقتها بكل مـــن العلاقات داخل الأسرة والسلوك التكيفي لدى المتخلفين عقلـــياً، رســـالة دكتوراه، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، ١٩٨٤.

٣٩- أرثـــر مـــيش وآخرون: مترجم "علم النفس التربوي" الكتاب الثالث والصحة النفســـية فـــي التعلـــيم، القاهـــرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٥٦.

٤٠- محمد عماد الدين إسماعيل، ورشدي فام منصور: مقياس الاتجاهات الوالدية، القاهرة، مكتبة النهضة المضرية، ١٩٦٦.

٤١- هـــدى محمـــد قـــناوي: الطفـــل وتنشـــئته وحاجاته، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٣.

٤٢- مصـــطفى فهمـــي: التوافق الشخصي والاجتماعي، القاهرة، مكتبة الخانجي، ط١، ١٩٧٩.

43- Carrison, Korle, Psychology of Exceptional Children, New York, Ronald Press Co., 3d ed., 1959.

٤٤- فتحـــي يوسف اللحامي: الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة العقلية وعلاقتها بكل مـــن العلاقات داخل الأسرة والسلوك التكيفي لدى المتخلفين عقلـــياً، رســـالة دكتوراه، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، ١٩٨٤.

٤٥- عبد العزيز القوصي: أسس الصحة النفسية. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ط٥، ١٩٧٥.

46- Lowenfield Berthold, Blind Preschool Child, New York, American Foundation for the Blind, 1947.

٤٧- أدث م. ستينرن، ألزا، كاستنديل: الطفل العاجز، ترجمة فوزية محمد بدران، القاهرة، دار الفكر العربي، ١٩٦١.

48- Seligman, Milton, Sources of Psychological Disturbance Among Siblings of Handicapped Children Personal and Children, Journal (May), Vol. 61 (9), 1983.

٤٩- سيد خير الله، لطفي بركات أحمد: سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٦٧.

٥٠- عبد المنعم هاشم وآخرون، العمل مع الجماعات، دار الثقافة والعلوم للطباعة والنشر، القاهرة، د.ت.

٥١- هنري و. مايير، ترجمة: هدى قناوي، ثلاث نظريات في نمو الطفل، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨١.

٥٢- محمد خليفة بركات ، كيف ينمو الأطفال ، مكتبة النهضة بمصر ، القاهرة ، ١٩٥٩.

٥٣- السيد محمد خيري، النمو الجسمي في مرحلة الطفولة، عالم الفكر، وزارة الإعلام، الكويت، المجلد السابع، العدد الثالث، ديسمبر ١٩٨٦.

٥٤- السيد محمد غنيم، النمو النفسي من الطفل إلى الراشد، عالم الفكر، وزارة الإعلام، الكويت، المجلد السابع، العدد الثالث، ديسمبر ١٩٨٦.

٥٥- سلوى الملا، أمنية أمين، دراسة مقارنة للنضج الاجتماعي والاستعداد التعليمي بين الأطفال ذوي الإعاقة البصرية والأطفال المبصرين،

مجلـة العلـوم الاجتماعـية، جامعة الكويت، العدد الرابع، ديسمبر، ١٩٨٢.

56- Giledman, J., Roth W., The Unexpected Minority: Handicapped Children in America, New York, Harcourt Brace Jovernovich, 1980.

٥٧- محمد ماهر محمود، التوجيه والإرشاد النفسي للأطفال غير العاديين (دراسة تحليلـية)، حولـيات كلية الآداب، جامعة الكويت، الحولية الثامنة، الرسالة الثالثة والأربعون، ١٩٨٧.

٥٨- فتحـي السـيد عـبد الـرحيم، حليم السعيد بشاي، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، واستراتيجيات التربية الخاصة، الجزء الأول، دار القلم، الكويت، ط١، ١٩٨٠.

٥٩- هـدى محمـد قـناوي، الكـتابة للطفـل الأصم، ندوة الطفل المعوق، الحلقة الدراسية الإقليمية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٨٢.

60- Silverman S. R., Deaf Children: In Hearing and Deafiness, (Davis, H., Silverman S. R.), 3rd ed., New York, Holt Rinehart and Winston, 1970.

٦١- مصطفى فهمي، في علم النفس، أمراض الكلام، مكتبة مصر، القاهرة، ١٩٧٦.

62- Mc Connell, F., Children With Hearing Disabilities: In Excaptional Children in the Schools (Dunn, L., M., Editor), 2nd ed., New York, Holt Rinehart and Winston, Inc., 1963.

٦٣- أحمـد السـعيد يونس، مصري حنورة، الطفل المعوق ورعايته طبياً ونفسياً واجتماعياً، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٨٢.

٦٤- فتحـي السـيد عـبد الـرحيم، حليم السعود بشاي، سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، الجزء الثاني، دار القلم، الكويت، ط١، ١٩٨٠.



٦٥- عطـيات عـبد الحميد وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص٢٣٣.

66- Vicky Llewis, Development and Handicap. Black Well, N.Y., 1987. P.82.

٦٧- عفـت حسـن شـفيق، دراسة تجريبية لصعوبات التعلم الحركي في السباحة وتشخيصـها وعلاجها، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التـربية الرياضـية للبـنات بالإسكندرية، جامعة حلوان، ١٩٨٠، ص٢٥.

68- Alfred H. Katz and Knute Martin. A. Handbook of Services for the Handicapped Greenwood Press, London. 1982, P.5.

69- Beatrice A., Wright, Physical Disability "AA Psychological Approach, Harper and Row Publishers, N.Y., 1960, P.126.

٧٠- أحمد زكي صالح، علم النفس التربوي، ط٣، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٨٨، ص٢١٥.

٧١- محمد شاهين، تفهم المشكلات النفسية للمعوق كوسيلة للحد من الإعاقة، المؤتمر الـرابع لاتحـاد وهيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ديسمبر، ١٩٨٨، ص١.

٧٢- رمـزية الغريب، البناء النفسي للمعوق، ندوة الطفل المعوق، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٢، ص٧.

٧٣- مختار حمزة، سيكولوجية ذوي العاهات، ط١، مؤسسة التأهيل، القاهرة، ١٩٥٥، ص ص ٤٩-٧٦.

74- Sally L., Smith, No Easy Answers Teaching the Learning Disabled Child. Winthrop Publishers Inc., Cambridge, 1979, P.198.



٧٥- فــاروق محمــد صــادق، الاتجاه نحو الإعاقة، بحث لندوة الطفولة المعوقة، الاتحــاد الإقليمــي للجمعــيات والمؤسسات الخاصة، بور سعيد، ١٩٩٠، ص٢.

76- Charles Zastrow, Introduction Social Welfare Institutions, Social Problems Services and Currenl Issues, 3rd ed., the Dorsey Press, Chicago, 1986, P.480.

٧٧- عــبد الله محمد الغانم، الاتجاهات العامة لإزاء الأطفال المعوقين وتغيرها في العــالم العربــي، مجلــة النــيل، العدد ٤٤، الهيئة العامة للاستعلامات، ١٩٩١، ص١٠٦.

٧٨- محمــد عــبد المــؤمن حســين، مشكلات الطفل النفسية، دار الفكر العربي الجامعي، الإسكندرية، ١٩٨٦، ص ص ١٧-١٨.

79- Mettic R. Bartel and Samuel L. Guskin a Handicap as a Social Phenome non in William M. Cruckshan, Psychology of Exceptional Children and Youth Prentice, Hall Inc., N. J., 1980, P.57.

٨٠- فيولــيت فــؤاد إبراهيم، الإعاقة البصرية والجسمية وعلاقتها بمفهوم الذات، والــتوافق الشخصــي والاجتماعي الكتاب السنوي في علم الــنفس، المجلد الخامس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٦، ص ص ٣٦٤-٣٦٧.

الفصل الثامن

الإعـــــاقة العقلـــــــية

أولاً : الخصائص العامة لنمو المعاقين عقلياً.

ثانياً: خصائص نمو المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وحاجاتهم

١- النمو الجسمي.

٢- النمو العقلي.

٣- النمو الاجتماعي.

٤- النمو الانفعالي.

الفصل الثامن
الإعـــــاقة العقلــــــية

مقدمة:

لا شــك أنه من الصعب إيجاد وصف عام لخصائص نمو فئة المعاقين عقلياً، وذلك لأن هناك تفاوتاً في خصائص نموهم من حيث المعدل والكيفية، فهناك فروق فــردية كثيرة بين هذه الفئة مما يترتب عليه صعوبة إعطاء صورة دقيقة لخصائص نموها.

ويصــعب علــى الكثيــرين تمييز المتخلفين عقلياً (المتقبلين للتربية) والذين تتــراوح نسبة ذكائهم بين ٥٠-٧٥ عن الأطفال العاديين، ولعل أكبر دليل على ذلك بقـــاء الطفل المتخلف عقلياً بالمرحلة الابتدائية حتى الصف الثالث وأحياناً الرابع أو الخـــامس دون أن يتنـــبه أحد إلى أن هذا الطفل يعاني من حالة التخلف العقلي، ولا يتم اكتشاف تخلفه إلا بعد تكرار رسوبه بالمدرسة الابتدائية.

أولاً: الخصائص العامة لنمو المعاقين عقلياً:

١- عدم الميل إلى الحركة أو النشاط بل يميلون إلى الهدوء، مما يترتب عليه زيادة تأخــرهم العقلــي، وقــد يمــيل بعضـــهم إلى الحركة والنشاط بدرجة مفرطة Hyperactive وغالــباً ما يعاني هؤلاء الأطفال من الاضطراب الانفعالي، ولا يميلون إلى الإصغاء أو الانتباه لأي شيء أكثر من دقيقة على الأكثر، وبعضهم يكـــون نشـــطاً بشـــكل مـــبالغ فـــيه مما يترتب عليه حاجته إلى العلاج الطبي والنفسي.[١]

٢- الفشـــل فـــي التعلـــيم بالمـــدارس العاديـــة، وبصفة خاصة في تحصيل المواد الأكاديمـــية (القـــراءة والكـــتابة والحساب)، مما يترتب عليه الحاجة إلى برامج تربوية خاصة.



٣- عند مقارنة المعاقين عقلياً بالأطفال العاديين في نفس العمر العقلي فإن النتائج تظهر أنهم متساوون في بعض الأعمال المهنية بل وأفضل من الأطفال العاديين، ولكنهم في بعض الأعمال الأخرى يكونون أسوأ من العاديين.

٤- تتميز فئة المعاقين عقلياً بوجود فروق فردية فيما بينها ولذلك يجب أن تخطط البرامج التربوية في ضوء هذه الخاصية، بحيث تخطط على أساس الفروق الفردية التي توجد بينهم وليست على أسس جمعية لنموهم. (٢)

٥- المعاناة من عدم التكيف الاجتماعي، وهذا راجع إلى تخلفهم في النمو الحركي والجسماني وفي الاستجابات الاجتماعية للبيئة المحيطة بهم، وأن أي تغيير بسيط في بيئتهم الاجتماعية يحدث تغييراً شاملاً فيهم بحيث يخلق من بعضهم أشخاصاً آخرين أكثر تكيفاً اجتماعياً. (٣)

٦- معانات البعض من صعوبات في النطق والكلام واللجلجة.

٧- لا يدرك البعض منهم الفروق بين الألوان والأوزان والأحجام والمسافات والطول والعرض الصغير والكبير.

٨- معانات بعض صغار السن منهم في ضعف الذاكرة وعدم التركيز البصري.

٩- لدى البعض منهم غريزة تبدو في حب الالتقاط وجمع الأشياء (التملك).

١٠- معاناة البعض منهم تخلفاً في النمو الجسمي مع تخلفهم العقلي، بالإضافة إلى وجود من يتميز بكبر حجم الجمجمة، والبعض بصغر حجمها. (٤)

وعاماً فإن هذه الفئة تتميز بالبطء والقصور في النمو العقلي بالإضافة إلى قصور في نمو بعض نواحي النمو الأخرى، ولذا فإن المتخلف عقلياً يعاني من تخلف في النمو وكذا في الخبرات التي يمر بها ولذلك فهو يعاني من نوعين من أنواع التخلف.

١- تخلف وبطء في النمو.

٢- تخلف في الخبرات التي يمرون بها.

ثانياً: خصائص نمو المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وحاجاتهم:

سوف نحاول في هذا الجزء تناول خصائص نمو فئة المتخلفين عقلياً المتقبلين للتربية، وهم فئة المأفونين والذين يتراوح ذكاؤهم بين ٥٠-٧٥ ومن المهم أن نأخذ في الاعتبار صعوبة تحديد خصائص نمو فئة المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وهذا راجع للفروق الفردية الكبيرة والشاسعة فيما بينهم، لذا ليس من الضروري أن تكون هذه الخصائص كلها موجودة في كل طفل من فئة المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

١ – النمو الجسمي Physical Development :

يتبع المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في نموهم الجسمي نفس مراحل نمو الأطفال العاديين مع أن بعض الدراسات أظهرت أن هناك بطئاً نسبياً في نموهم الجسمي وأنهم أكثر تعرضاً للأمراض من غيرهم من الأطفال العاديين، ويعتقد البعض أن التخلف العقلي لابد وأن تصاحبه تشوهات في النمو الجسمي ويؤكد ظنهم هذا تلك الحالات التي توجد بين البلهاء والمعتوهين، أما في حالات القابلين للتعلم فغالباً ما تخلو من هذه التشوهات الجسمية.

ويهمنا في هذا المجال أن نشير إلى أنه بالرغم من وجود بعض حالات كبر الجمجمة أو صغرها في فئة القابلين للتعلم إلا أن هذا لا يعني أن جميع حالات كبر الجمجمة أو صغرها لابد وأن يصاحبها تخلف عقلي، فالأمر كله يتوقف على مدى التلف بالمخ Erain Damage مما يترتب عليه إصابة الطفل بالتخلف العقلي.(٥)

كما لوحظ أن هؤلاء الأطفال يكونون عادة أقل وزناً وأصغر حجماً من الأطفال العاديين وأقل مستوى في نموهم الحركي والجسمي واللغوي، ولقد أوضحت دراسات "سلون Sloan " وجود فروق بين الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وبين العاديين في المهارات الحركية المختلفة، غير أن هذه الفروق سواء أكانت في الصفات البدنية أو الحركية ليست كبيرة بحيث يمكن القول بأن هناك

أطفالاً يصلون في نموهم الجسمي والحركي إلى مستوى قريب من مستوى العاديين، وذلك فيما عدا الحالات التي يرجع فيها الإعاقة العقلية إلى إصابات في الجهاز العصبي المركزي، ففي هذه الحالات غالباً ما يصاحبها اضطراب في المهارات الحركية.[٦] كما أثبتت دراسة أخرى، أن الأداء الحركي للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم يتمشى مع نفس خط سير الأداء الحركي للأطفال الأسوياء.

أما عن اللعب، فإن معظم الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم يحبون اللعب وعندما يلعبون فإنهم علاوة على التسلية يمارسون الرياضة التي تساعدهم على النمو الجسماني والعقلي والاجتماعي تماماً كالأطفال الطبيعيين ولكن بدرجات محدودة، وذلك لعدم معرفتهم الطريقة التي يلعبون بها. ويميل معظم هؤلاء الأطفال إلى اللعب مع الآخرين أو اللعب الجمعي أو اللعب في الأماكن المفتوحة والألعاب المفضلة عند هؤلاء هي الجري والقفز واللعب بالكرة في حين نجد أن البعض الآخر يميل إلى الهدوء وعدم اللعب، وعدم الميل إلى اكتشاف ما هو حوله، بمعنى أن هؤلاء تنقصهم القدرة على اللعب ويفضلون الركون إلى الهدوء والكسل.

ويؤكد كل من جون وإليزابيث John and Elizabeth أن الطفل المعاق عقلياً الذي يميل إلى عدم الحركة واكتشاف ما حوله لا يعاني من تخلف أو إعاقة في نموه بل يعاني من تخلف في قدراته العقلية والانفعالية والاجتماعية حيث أن المعاق عقلياً النشط والذي يكشف ما حوله يستطيع أن ينمو جسمياً بصورة أفضل من زميله الخامل وأيضاً ينمو بصورة أقل في الناحية الانفعالية والاجتماعية حيث أن كلاً منها مرتبط بالآخر.[٧]

- حاجات النمو الجسمي للطفل التخلف عقلياً المتقبل للتربية:

إن دراسة حاجات النمو الجسمي للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ومعرفة السبيل إلى إشباع تلك الحاجات تساعد على نمو الطفل نمواً سليماً بالقدر الذي تسمح به قدراته وإمكانياته، وتتمثل حاجات النمو الجسمي في:

أ- الحاجة إلى الغذاء الصحي:

يحتاج الطفل المعاق عقلياً إلى غذاء صحي سليم لأنه يزود جسمه بالطاقة للقيام بنشاطه الجسمي والعقلي، وعلى سبيل المثال فإن كثيرين من الأطفال يذهبون إلى المدرسة وقد تناولوا وجبة صغيرة أو لم يتناولوا شيئاً على الإطلاق في الإفطار، مما يجعل هؤلاء الأطفال قلقين عصبيين لديهم خمول وتشتت وعدم تركيز وفهم، مما يترتب عليه اعتقاد المعلم بأن هذا الطفل المعاق عقلياً وغير قادر على متابعة الدراسة بالمدارس العادية ويجب أن يحول إلى مدارس خاصة المعاقين والمتأخرين دراسياً. وعلى ذلك يجب أن يشتمل الغذاء على العناصر الأساسية كالبروتينات والكربوهيدرات والدهون والفيتامينات والأملاح والمعادن وأن يكون الغذاء كافياً من الناحية الكمية.

ب- الحاجة إلى النوم:

تعتبر الحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية اللازمة لنمو الطفل المتخلف عقلياً، حيث أن النوم لا يقل في أهميته عن الطعام ذاته، لأن نقص النوم بالنسبة لهؤلاء يجهد أعصابهم ويزيد من توترهم، هذا بالإضافة إلى أن البعض يعاني من خمول في إفرازات الغدد مما يؤدي إلى حاجاتهم إلى النوم الهادئ البعيد عن الضوضاء.

ولقد ثبت أن كثيراً من المشكلات التي تنتج عن الإجهاد الجسمي والعصبي وحالات الغضب والكسل وضعف القدرة على التركيز والانتباه، وكثرة الوقوع في الخطأ وفقدان التوازن الحركي، ترجع إلى قلة النوم أو سوء نظامه أو إليهما معاً.(8)

جـ- الحاجة إلى الهدوء:

تسبب الضوضاء نوعاً من الاضطرابات الفسيولوجية مثل زيادة التوتر العضلي وارتفاع ضغط الدم وسرعة نبضات القلب وزيادة في استهلاك الطاقة،

وتـوجد فـروق فردية ملحوظة بين الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من حيث الاسـتجابة للضوضـاء، فبعضهم يتحملها بدرجة كبيرة والبعض الآخر لا يستطيع ذلـك، وفـي الأحـوال التـي يجهد فيها مع الطفل تضمر خلايا اللحاء أي القشرة السـنجابية للمـخ (٨) ممـا يؤثـر علـى قدراته العقلية والذهنية وتصيبها بالقصور والتخلف.

د- الحاجة إلى الكساء والمأوى:

يحـتاج الطفل المتخلف عقلياً إلى الملابس المناسبة للجو والمناخ الذي يعيش فـيه بصفة عامة ولفصول السنة المختلفة بصفة خاصة، وأهم ما يراعي في لختيار الملابـس تكون مناسبة لسن الطفل وبسيطة وألا تكون معوقة لحركته ونموه الأمر الذي يترتب على إهماله تشوهات في نموها الجسمي بالإضافة إلى توتره وقلقه.

كمـا يحتاج الطفل إلى المسكن الذي تتوفر فيه الإضاءة الكافية والهواء النقي المـتجدد، كما يجب أن تكون مساحته مناسبة ليعطي للطفل حرية الحركة واللعب، حـيث أن عـدم توفر الشروط السابقة تضر بصحة الأطفال وبأعصابهم مما يؤدي إلى قصور وتخلف في قدراتهم الذهنية والعقلية. (١٠)

هـ- الحاجة إلى اللعب:

يحتاج الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم إلى اللعب والحركة واكتشاف ما حوله كمـا يحتاج إليه الطفل العادي. فاللعب هو غذاء لعضلات الطفل وتقويد لها وبدونه مـا كـان للجسـم أن يترعرع أو للمدارك أن تنمو، وعن طريق اللعب نحقق لهذا الطفـل كثيراً من حاجات النمو النفسي والعقلي والاجتماعي بالإضافة إلى استغلال الطاقـة الجسمية عنه من خلال الألعاب المختلفة، ويمكن القول أن الطفل المتخلف عقلـياً فـي حاجة إلى توفير اللعب المنظم الهادف له أكثر من الطفل العادي، وذلك لمسـاعدته على تنمية قدراته الجسمية والنفسية والاجتماعية لتلك القدرات التي تتسم بالقصور والتخلف.



و- الحاجة إلى الوقاية والعلاج من الأمراض:

يتعــرض الطفــل المعاق عقلياً إلى العديد من الأمراض في طفولته، وترجع إلــى ضـعف مـناعة الجسم وقلة حصانته، ويقرر البعض أن ضعف الصحة في السنوات الأولى من عمر الطفل من أكثر الأسباب شيوعاً لتأخره الدراسي والعقلي، كمــا أن بعض العلماء يقرر أنه في بعض جهات العالم يكون التعليم ضعيف الثمرة نظــراً لأن صـراع الأطفــال ضد الديدان والطفيليات المعوية والأمراض المعدية وسوء التغذية يستنزف منهم القوى.(١١)

والواقــع أن علاقــة الــنمو الجســمي بالــنمو العقلي والمعرفي علاقة وثقة وواضــحة، ويكفــي أن ينظر إليها من زاوية الحواس وقدرتها على القيام بوظائفها الاستقبالية، ويقول لنا ملتون أن الحواس هي أبواب المعرفة. (١٢)

وهــي التــي تمدنا بالمادة الأولية التي منها تتكون حياتنا وقدرتنا العقلية فهي أدوات الملاحظــة والكشــف والاســتطلاع والحواس الضعيفة والمعوقة عند الطفل المريض تعمل بدورها على إعاقة النمو العقلي عنده، ذلك لأنها تستقبل الانطباعات اســتقبالاً عاجــزاً لا يؤثر التأثير الكافي في إثارة العقل وحفزه على القيام بوظائفه. أمــا الحــواس الحــادة القــوية عــند الطفــل السليم الصحة فتستقبل الانطباعات والملاحظــات بدرجــة من الوضوح والقوة تجعلها تنشط القدرة العقلية وتنبهها إلى أبعد مدى.

ومجمــل القــول أن الطفل المعاق عقلياً المتقبل للتربية في أمس الحاجة إلى الحياة الصحية السليمة التي تحقق بالوقاية وتقوية مناعته وحصانته ومقاومته.

ز- الحاجة إلى الوقاية من الحوادث:

يتعــرض الطفل المعاق عقلياً إلى كثير من المخاطر والحوادث، ويرجع ذلك إلــى قصور قدرته العقلية وإلى عدم تفهمه ووعيه لخطورة المواقف والخبرات التي يتعرض لها خلال لعبه أو استخدامه لبعض الأدوات والآلات.



ومـــن الحـــوادث الشائعة التي يتعرض لها الطفل الجروح، الرضوض، كسر العظام، الحروق، الاختناق، المرور، المواصلات.

ويمكـــن القـــول أن الطفـــل المعـــاق عقلـــياً يكون في حاجة قصوى للرقابة والـــرعاية لوقايـــته من التعرض لبعض الحوادث والمواقف المؤذية دون وعي منه بخطورتها، مما يترتب عليه أهمية توفير الرعاية والعناية مع تعريفه بأنواع السلوك السليمة التي تؤمنه من المخاطر والحوادث، وتقع هذه المسئولية على عاتق كل من الأسرة والمدرسة.

٢ – النمو العقلي Intellectual Development :

مـــن أهـــم الخصائص التي تميز الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم عن الطفل العـــادي اخـــتلافه فـــي سرعة ومعدل نموه العقلي وكذلك في مستواه، ويلاح تخلفه الواضح في تعامله مع المعاني والرموز المعنوية والشفهية، بينما يهتم بالمحسوسات ويظهر هذا في نجاحه في الأعمال اليدوية والمهنية.

كمـــا يلاحـــظ أنـــه يتعلم ببطء عن الطفل العادي، وفي بعض المواقف يكون تخلفهـــا العقلـــي واضحاً جداً، كالقدرة على التفكير المجرد والقيام بعمليات التحليل والتصـــميم، كمـــا أن قلما يستفيد من التعلم العرضي الذي يحدث دون قصد، والذي يستفيد منه الطفل العادي ويرجع ذلك إلى قصوره عن الملاحظة والمتابعة، وبالتالي عدم إدراك أوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء.(١٣)

وحـــيث أن الطفـــل المعاق عقلياً القابل للتعلم يمر بنفس مراحل النمو العقلي للطفل العادي.

لذلك فهو يستطيع أن يتعلم عن طريق الممارسة ومروره بالخبرات المختلفة، ويســـتطيع أن يستخدم التفكير والتمييز والتصميم كأساليب للتعلم من خلال الخبرات المخـــتلفة وذلـــك في حدود قدراته وإمكانياته ومستواه العقلي وبالأسلوب والطريقة التي تتمشى مع هذه القدرات المحدودة.



وفيما يلي تلخيص لبعض الخصائص العقلية المعرفية التي تميز غالبية الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم[١٤]:

أ- الميل نحو تبسيط المعلومات:

يتصف هؤلاء الأطفال بقصور قدرتهم على التفكير المجرد، ولا يستطيعون إدراك المفاهيم إدراكاً مجرداً، بل يميلون إلى الإدراك الشكلي أو الوظيفي ويميلون إلى تعريف الأشياء على أساس الشكل أو الوظيفة.

ب- القدرة على التعميم:

يميل هؤلاء الأطفال إلى تبسيط المفاهيم وإعطائها الصبغة الوظيفية، حيث أن قدرته على التعميم محدودة، وهذه العملية صعوبة فهي تستلزم قدراً من التجريد، مثال ذلك- أن الطفل يستطيع الإجابة على سؤال (٥ + ٥) فإن النتيجة هي (١٠) ويفشل عندما يسأل (٥ و ٥) وذلك لأنه فشل في إدراك العلاقة بين علامة (+) والحرف (و)، ولذلك ينبغي على من يقوم بتربية هؤلاء الأطفال أن يهتم بتنمية قدراتهم على التعميم وأن يدمج بين ما هو محسوس ومجرد أثناء الدرس.

جـ- القدرة على التذكر والانتباه:

من الخصائص التي تميز هؤلاء الأطفال ضعف القدرة على التذكر والانتباه في نشاط معين بنفس القدرة التي يستطيعها الطفل العادي.

ومن الملاحظ أن المعاقين عقلياً القابلين للتعلم يختلفون فيما بينهم في هذه القدرة وأنه من الممكن أن نرفع من مستوى هذه القدرة عند هؤلاء إذا نظمت الخبرات التربوية المقدمة إلى الطفل.[١٥]

وبسبب عدم الانتباه والتذكر الذي يعاني منه هؤلاء الأطفال، يجب أن يراعي المعلم أن تكون معلومات دقيقة ومحددة ومرتبطة بحياة الطفل وبيئته، بحيث تكون

المعلومات التي تعطى له من البساطة والجاذبية لشد انتباه هذا الطفل المخلف عقلياً، وأن تكون بعيدة عن المجردات بقدر الإمكان.

د- القدرة على تعلم المواد الأكاديمية:

يـؤكد الـبعض أن الطفـل المعـاق عقلياً القابل للتعلم غير قابل لتعلم المواد الأكاديمـية المتمـثلة فـي القراءة والكتابة والحساب، ويظهر ذلك أنه عند التحاقه بالمدرسـة الابتدائـية العادية حيث يستطيع أن يحقق النجاح المطلوب في تعليم هذه المـواد الأكاديمية حتى يبلغ الثامنة أو حتى الثانية عشرة، وهذا التخلف يرجع إلى تخلفـه العقلـي ولـيس لعمره الزمني، كما أنه لا يستطيع أن يستوعب المقررات الدراسية التي تدرس في سنه دراسية كما يستطيع ذلك الطفل العادي. [١٦]

كـذلك يعانـي هؤلاء الأطفال من تأخرهم اللغوي، فهو يتأخر في الكلام عن الطفـل العـادي، ومـن ثم فهو متخلف في القدرة اللغوية، وتكون حصيلته اللغوية منخفضـة، فقد يبلغ بعضهم السابعة من عمره بينما لم تبلغ حصيلته اللغوية حصيلة طفل عادي في الرابعة من عمره.

كمـا يعانـي هـؤلاء الأطفال أيضاً من صعوبات في النطق والتهتهة بدرجة ملحـوظة، كما أن كلامهم يتميز بالجمل القصيرة والبسيطة، ويتميز حديثهم بتكرار مـا يقولـون وعـدم التركيـز والفهم لبعض الكلمات التي لم تكن قد مرت ضمن خبراتهم من قبل. [١٧]

ولقد أثبتت كثير من الدراسات أن الأطفال المعاقين عقلياً تكون لديهم معوقات وعقـبات بدرجـة كبيرة وملحوظة في تعلم المواد الأكاديمية (القراءة والكتابة وفهم الحساب).

وقـد أكد غالبية أباء وأمهات هؤلاء الأطفال على أن أولى العقبات التي تقف أمـام نمـو أطفالهم هي تعليم واكتساب اللغة، فقد اعتبرها نحو ٨٠% منهم من أهم

هـــذه العقبات والمعوقات، وأنه عندما يكتسب ابنهم هذه المهارة اللغوية يستطيع أن ينمو ويتكيف اجتماعياً. (١٨)

وطبيعـــي أن اكتساب الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم اللغة تجعله يستطيع أن يـــتعامل ويـــتعاون مع الآخرين وكلما زادت حصيلته اللغوية، كلما ساعد ذلك على تكيفه اجتماعياً ونفسياً، ويتوقف هذا على مدى توافر الخبرات والمنبهات والمثيرات فـــي البيـــئة التـــربوية (المدرسة أو الأسرة) التي يعيش فيها، بالإضافة إلى المعلم المـــتفهم لطبيعة وحاجات نمو هذا الطفل حتى يستطيع أن يمده بالخبرات ويوفر له المواقـــف والخبـــرات العلمية التي عن طريقها يستطيع أن يكتسب وينمي حصيلته اللغوية.

ومن الجدير بالذكر أن تخلف الطفل في تعلم وفهم واكتساب المقدرة الحسابية أقـــل مـــن اكتســـابه للمقـــدرة اللغـــوية التي يعتمد على تعلمها على المجردات لا المحسوسات.

و- القدرة على التفكير:

لـــيس هناك اختلاف كبير بين المعاقين عقلياً القابلين للتعلم والأطفال العاديين في التفكير.

أمـــا الاخـــتلاف فهو طفيف في بعض العمليات العقلية والقدرات، وقد يتفوق المتقـــبل للتـــربية عن العادي في البعض الآخر، ولا يستطيع المتخلف عقلياً المتقبل للتـــربية عـــن العادي في البعض الآخر، ولا يستطيع المتخلف عقلياً المتقبل للتربية التفكيـــر فـــي المعنويات والمجردات ولكنه يستطيع التفكير في المعنويات إذا كانت مـــرتبطة بالمحسوسات والأشياء الملموسة لديه، فالجبر مثلاً من أصعب المواد التي لا يستطيع فهمه.

وينظـــر لاباج أن عملية التداعي والتفكير غند الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم ضعيفة لا يمكنه من تتبع خطة محكمة منظمة في التفكير. (١٩)



ويبدو لنا مما سبق أن الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم يعاني من ضعف في القدرة على التفكير، وهذا يترتب على عجز بعضهم عن اكتساب المقدرة اللغوية والكلامية، مما ينتج عنه عجزهم عن التفكير المنظم المرتب، بالإضافة إلى قلة الخبرات التي لم تتوافر لبعضه في طفولتهم المبكرة أدت إلى عدم اكتسابهم لعمليات التفكير المنظم وحل المشكلات وإدراك العلاقات بين الأشياء، وهذا راجع إلى تخلفهم العقلي وإلى عدم تشجيع المحيطين بهم على التفكير وإشراكهم معهم في مواقف وخبرات يمكن عن طريقها زيادة حصيلتهم اللغوية، بالإضافة إلى ميل بعضهم إلى الهدوء والانطواء وعدم الحركة.

– حاجات النمو العقلي للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم:

تتمثل حاجات النمو العقلي للطفل المعاق عقليا القابل للتعلم في الحاجة إلى اكتساب المهارات اللغوية، والحاجة إلى تنمية القدرة على التفكير، والحاجة إلى البحث والاكتشاف.

أ- الحاجة إلى اكتساب المهارات اللغوية:

يتوقف اكتساب المهارات اللغوية على درجة النمو الحسي والحركي عند الطفل المتخلف عقلياً وعلى ما يتاح له من فرص الاستطلاع والبحث وممارسة الخبرات الحسية والحركية المختلفة والاتصال بالأشياء والناس.

فاتصال الطفل المعاق عقلياً المباشر بالأشياء والناس عن طريق الملاحظة والاستعمال والاحتكاك أكبر معين يساعد، على فهم معاني هذه الأشياء، ووقفه على معاني هذه الأشياء يساعده بالتالي على فهم الألفاظ واستخدامها أكثر صحة ودقة مما يسهم في اكتسابه بالتدريس للمهارة اللغوية وحسن التعبير الكلامي.

ونحن كمربين وآباء وأمهات لو تمعنا في كيفية اكتساب المهارة اللغوية، نجد أن ذلك يتم من خلال حصيلة هذا الطفل المتقبل للتربية من خبرات لمسية وبصرية وسمعية وتذوقية، وبذلك يمكنه فهم الأشياء، واستخدام معانيها.



وصلة الطفل المعاق عقلياً بالأشياء والأدوات المحيطة به تسهم في نمو قدراته اللغوية، وكذلك صلته بالناس واحتكاكه بهم تزيد من اكتسابه للقدرة اللغوية، فهو يكتسب اللغة من البيئة المحيطة به ومن الأشخاص الذين يتعامل معهم، ولكي يستطيع الطفل المعاق عقلياً اكتساب المهارة اللغوية لابد أن تكون اللغة التي تنطق أمامه مألوفة ومعروفة لديه.

وبذلك يكتسبها بسرعة، بعكس ما إذا كانت غير مرتبطة بأشياء مألوفة ومعروفة له حيث أن اكتسابه للغة يتوقف على ربط الكلمات بأشياء مألوفة لديه والبعد عن المجردات والمعنويات.

وفي ضوء ما سبق يبدو لنا أن صلة الطفل المعاق عقلياً بالعالم المعادي بالآخرين تسهم في نمو واكتساب المهارات اللغوية، ويتوقف ذلك على ما تقدمه وتوفره البيئة من مثيرات وأشياء تسهم في اكتسابه لهذه المهارة.

ب- الحاجة إلى تنمية القدرة على التفكير:

يتوقف التفكير على ما لدى الطفل من استعدادات فطرية وعلى درجة النضج والتعلم. ويقوم التفكير على إدراك العلاقات بين الأشياء، وتنشأ معاني الأشياء عند الأطفال عن طريق خبراته الحسية بالبيئة المحيطة به، ومن تكرار خبراته بها ومن تفاعله مع هذه البيئة. [٢١]

وحيث أن الطفل المعاق عقلياً المتقبل للتربية لديه قصور في بعض النواحي السابق ذكرها.

ولذا فهو في حاجة ملحة إلى البيئة التربوية السليمة، والتي تتصف بأنها بيئة غنية بمثيراتها وخبراتها حتى يمكن أن نساعده على تنمية وتحسين قدرته على التفكير، واكتسابه للمهارة اللغوية لأنها عامل جوهري في نمو تفكير لتسهيلها للتعامل والتفاعل مع الآخرين، كما تزيد من قدرته على التعرف واكتشاف ما حوله عن طريق الكلام والتعبير دون خوف من الخطأ والإحباط.

جـ- الحاجة إلى تنمية القدرة على البحث والاكتشاف:

يميل الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم إلى بحث واكتشاف المكان الذي يوجد فيه، فيتعرف على محتوياته بيديه وفهمه وأذنيه وكل حواسه ويظل هكذا حتى يشعر بأنه قد تعرف عليه، ومن الملاحظ أنه يكون علاقة ألفة وحب بين بعض الأشياء التي يتعرف عليها بنفسه دون أن يفرض عليه معرفتها، ويحافظ عليها خوفاً من فقدانها أو حرمانه منها.

وبالإضافة إلى ذلك هناك طفل يميل إلى البحث والاكتشاف ويقنع بما هو عليه من هدوء وراحة.

وهذا الطفل يكون تخلفه العقلي أقل من الطفل السابق ولا يحدث تقدم في قدراته العقلية نتيجة لعدم حركته وقدرته على البحث والاكتشاف.

وهذا دليل آخر على أن فئة المعاقين عقلياً ليست متجانسة من حيث خصائصها مما يترتب عليه قيامنا بتوفير ما يساعد على تقدم نموهم العقلي كل حسب خصائصه النمائية وقدراته وعلى ذلك يمكن القول أن هناك من يميل إلى البحث واكتشاف ما حوله، وهناك أيضاً من لا يتمتع بهذه القدرة فيتأثر نموه العقلي واللغوي ويقل وينخفض مستواه.

لذلك يجب أن نعطي لهذا الطفل الفرصة للاكتشاف والبحث والتجريب في ضوء قدراتهم المحدودة.

٣- النمو الاجتماعي Social Development :

من الملحوظ أن هناك اختلافات جوهرية بين المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من حيث خصائصهم الاجتماعية، بحيث يمكننا القول بأن لكل فرد منهم خصائصه الاجتماعية التي تختلف عن زميله، ومن ثم كانت هناك صعوبة لوضع نموذج لخصائص نموهم الاجتماعي، وفيما يلي بعض تلك الخصائص:

أ- الانسحاب والعدوان:

يميل بعضهم إلى الانطواء والانزواء والهدوء وعدم مشاركة الآخرين في أية علاقـات اجتماعـية، بينما يميل البعض الآخر إلى الحركة والنشاط الزائد، وأحياناً يكون نشاط بعضهم بصورة مرضية تتميز بالعدوان على الآخرين.

وقـد رصـد هاتـين الصفتين كيرك وجونسون Kirk & Johnson خلال دراسـتهما السوسـيومترية Sociometric Study لمجموعة من المعاقين عقلياً والأطفـال العاديـين. كما أوضحت دراسات بورتوني Bortony ، وستاس Stas ، وأنجلينو Anglino ، وشد Shed ، تميز سلوك المعاقين عقلياً بالعدوان.(٢٠)

ب- عدم تقدير الذات:

مـن خصائص المعاقين عقلياً القابلين للتعلم أنهم يميلون إلى التردد، وأنه من الصـعب أن نحصـل علـى استجابة منهم إلا بعد أن نشعرهم بالأمن والطمأنينة، فالطفـل المعاق عقلياً يواجه بالفشل والنقد في كل المواقف والخبرات التي يمر بها ممـا يشـعره بعـدم الأمن والعجز عن تحقيق النجاح، وعدم التقبل له من الزملاء والأصـدقاء والأسرة، فتكون نظرته إلى نفسه، نظرة تتسم بعدم التقدير وعدم الثقة بالنفس.

وتـؤكد الدراسـات أنه إذا ما شعر المعاق عقلياً القابل للتعلم بالحب والأمن والتقـبل مـن الآخـرين، فسـوف تتغير صورته عن نفسه ويحاول أن يحسن من تصرفاته وسلوكه ليحوز على تقدير وحب الآخرين.

إن شـعور الطفـل المعاق عقلياً بالأمن يعطيه الثقة بالنفس وبمن حوله، فهو يشـعر بـالأمن وأنـه غيـر كـفء لأداء ما يقوم به من الأعمال التي يطلبها منه الآخـرين فـي البيت والمدرسة، ولهذا فإنه يشعر بأنه عديم القيمة لا صفة له وأنه دائمـاً يصاب بالفشل في أية أعمال وأنه عرضة للنقد والتجريح، فيترتب على ذلك شـعوره بالخـوف، وعـدم الأمن في أي عمل يوكل إليه ويزداد فشله ويتهدد أمنه

واســتقراره. لــذا نجد أن ماسلو Maslow قد وضع الحاجة إلى الأمن والاطمئنان فــي مــرتبة تلــي مباشــرة الحاجات الفسيولوجية العضوية التي يجب أن نشبعها ونوفرها للطفل، ثم يلي ذلك الحاجة إلى الحب فالحاجة إلى تحقيق الذات.(٢١)

إن الأســلوب الــذي يعامل به الطفل المعاق عقلياً من قبل الآخرين هو الذي يحــدد مدى نجاح هذا الطفل في تحقيق توافقه وتكيفه الاجتماعي مع الآخرين، فهو قــادر علــى التكيف اجتماعياً ونفسياً إذا ما كان الأسلوب والطريقة التي يعامل بها تتلائم مع قدراته وخصائصه.

لــذا يــؤكد لهــا كيــرك Kirk أن المعاقين عقلياً القابلين للتعلم قادرين على التوافق والتكيف الاجتماعي مع المجتمع الذي يعيشون فيه إذا كانت الظروف البيئية في هذا المجتمع تؤدي إلى توافقهم الاجتماعي والانفعالي(٢٢)

– حاجات النمو الاجتماعي للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم: (٢٣)

تتمثل حاجات النمو الاجتماعي للطفل المتخلف عقلياً المتقبل للتربية فيما يلي:

أ– الحاجة إلى الأمن:

تعتبــر الحاجة إلى الأمن من أهم حاجات الطفل المعاق عقلياً، وكلما كان هذا الطفل صغيراً كلما اشتدت حاجته إلى الأمن.

فكلما وجد معاملة عطوفة ازداد أمنه وكلما تقدم في النمو، عاماً بعد عام قوي إحساسه بالأمن والهدوء واستقر انفعاله حيث أن إشباع هذه الحاجة من أهم العوامل التــي تســاعد على نمو واستقرار نموه الانفعالي والاجتماعي على النحو المرغوب فيه وفي حدود قدراته واستعداداته. فالطفل المتخلف عقلياً الذي لا يشبع حاجاته إلى الأمــن يعاني من الخوف وعدم الثقة في نفسه وفيمن حوله وينشأ عاجزاً عن تكوين أي نوع من العلاقات الاجتماعية ما يترتب عليه زيادة تخلفه العقلي وتدهور قدراته الذهنية.

ب- الحاجة إلى التقبل:

الحاجة إلى التقبل حاجة يشبعها الحب والعطف، بينما يهددها الكره والانتباذ برضيها شعور هذا الطفل المعاق عقلياً بأنه مقبول مرغوب فيه، ويهددها شعوره بأنه منبوذاً أو غير مرغوب فيه، ولذلك فإن عدم إشباع هذه الحاجة يؤدي إلى فقدان الأمن والاستقرار النفسي والاجتماعي.

فالطفل المعاق عقلياً في حاجة إلى أن يكون محبوباً مقبولاً مرغوباً فيه من الوالدين ومن الآخرين، مقبولاً كما هو ولذاته بصرف النظر عن عجزه أو قصوره العقلي، فلا يكون موضع استهجان وسخرية، أو مقارنة، فإن صورة هذا الطفل عن نفسه يستمدها من صورته عن غيره ممن حوله وبخاصة الكبار المقربين إلى نفسه مثل أمه، وأبيه وأخواته ومعلميه.

ومن الآباء والأمهات من ينبذون أطفالهم المعاقين عقلياً نبذاً صريحاً بالقول والعمل، ومن مظاهر نبذ الطفل، كراهيته أو التنكر له وإهماله وعقابه، مما يترتب عليه زيادة روح العدوان والرغبة في الانتقام والحقد والعناد والقلق، ويجمع علماء النفس[٢٤] على أن حرمان الطفل من الحب والتقبل يصصبغ نفسه بالقسوة ويدفعه إلى الانحراف من السلوك العادي، فكلما شعر الطفل بأن الآخرين يقبلونه ويحبونه كلما شعر بالرضا عن نفسه بالأمن والسعادة مما ينعكس على استقراره النفسي والاجتماعي، وعلى النقيض فإن الحرمان من الحب والتقبل يصيبه بالقلق والتوتر والعناد وغيره من ألوان الاضطراب النفسي مما يؤدي إلى عدم الثقة بالنفس وشعوره بالتعاسة والحزن والانسحاب والانطواء أو العدوان الزائد.

جـ- الحاجة إلى التقدير الاجتماعي:

ترتبط الحاجة إلى التقدير الاجتماعي بالحاجة إلى الحب والعطف والتقبل، فالطفل في حاجة إلى أن يشعر بأنه موضوع سرور ومحبة، بالإضافة إلى رغبته في الحصول على انتباه الآخرين، وكلما نما هذا الطفل كلما زادت حاجته إلى

التقدير أن إشباع هذه الحاجة لدى الطفل المعاق عقلياً تغير نظرته إلى نفسه التي تتسم بالفشل والعجز والإحباط، وينعكس هذا المفهوم على سلوكه وتصرفاته وعلاقاته الاجتماعية.

د- الحاجة إلى الانتماء:

أن شعور الطفل المعاق عقلياً بالانتماء إلى أسرته من الحاجات الأساسية لنموه النفسي والاجتماعي فهذا الطفل يعتمد على أسرته كلية في شعوره بأنه مرغوب فيه وأنه مقبول بحالته العقلية.

فشعوره كعضو في جماعة سواء أكانت الأسرة أم المدرسة هذا الشعور يجعله أكثر إدراكاً بكيانه ووجوده ويساعد على استقراره النفسي والاجتماعي وعلى زيادة قدرته على تكوين علاقات اجتماعية مما يترتب عليه عدم تكيفه اجتماعياً وانخفاض قدراته العقلية عن ذي قبل.

هـ- الحاجة إلى تأكيد الذات:

غالباً ما يميل الطفل المعاق عقلياً إلى تأكيد ذاته، فهو يجب أن يغسل وجهه بيده، ويمشط شعره ويلبس ملابسه، والمعاونة في بعض الأعمال المنزلية والمدرسية، وذلك لتأكيد ذاته وأنه قادر على الاستقلال بنفسه في بعض الأعمال. ومن الأمور التي تحيط بهذه الحاجة تحكم الكبار وتدخلهم في وجوه النشاط التي يقوم بها إلى حد الإسراف في تقيد حريته خوفاً عليه من المخاطر أو التعرض للأذى، مما يشعره بعجزه وقصوره عدم قدرته على الاستقلال بالقدر الذي تسمح به قدراته البسيطة وعلى الآباء والأمهات والمعلمين إشباع تلك الحاجة عند الطفل المتخلف عقلياً المتقبل للتربية وذلك بتشجيعه على القيام ببعض الأعمال البسيطة بنفسه ثم مقابلة هذا السلوك بالإعجاب والتقدير وعدم السخرية منه إذا فشل، لأن هذا يشعره بالفشل والإحباط فتقل قدرته على العمل والمشاركة مع الآخرين مما يترتب عليه زيادة تخلفه العقلي والاجتماعي.

و- الحاجة إلى النجاح:

ترتبط هذه الحاجة بالحاجة إلى تأكيد الذات وهي حاجة تبدو في سروره وفخره إذا استطاع عمل شيء يشعر أن له قيمة، ولذلك فهو أيضاً في حاجة لأن يكلف بأعمال وبأن يعطي مسئولية في حدود قدراته، لأن الأعمال الصعبة التي فوق مستواه يؤدي به إلى الإخفاق والإحباط، فيشعر بالعجز والخيبة والضعف وييأس عن مواصلة النشاط ويحجم عنه ويتهيب منه وفي هذا فقدان لثقته بنفسه وبالتالي فقدان لشعوره بالتقدير والأمن والنجاح.

كما أن الإخفاق والفشل يؤديان إلى مزيد من التخلف، أما النجاح فيقوده إلى مزيد من النجاح، إذ أنه سيعرف أن جهوده ستؤتي ثمارها في الحصول على نجاح شخص وبذلك يفرح لبذل الجهد مما يؤدي إلى كسبه الثقة بنفسه والشعور بالأمن، مما يدفعه بالتالي إلى الاسترسال في محاولة تحسين سلوكه واكتساب المهارات.

ومما يغذي ويشبه هذه الحاجة عد الطفل المتخلف عقلياً تشجيعه والثناء عليه بقدر معقول عل أي عمل يقوم به ويحقق فيه النجاح.

ز- الحاجة إلى الاستقلال الذاتي:

الحاجة إلى الاستقلال شديدة الارتباط بالحاجة إلى تأكيد الذات والحاجة إلى النجاح فكل منها متداخل مع الآخر.

فتأكيد الذات يتحقق من خلال الاستقلال، والاستقلال يتحقق من خلال شعور الطفل بالنجاح في تأكيد ذاته، ومن هنا فكل واحدة تتداخل ومترابط مع الأخرى.

والطفل المعاق عقلياً في حاجة إلى إشباع هذه الحاجة، ومما يعوق إشباع الحاجة إلى الاستقلال والاعتماد على النفس مبالغتنا في حمايته والتي غالباً ما يكون فيها تقييد لحريته ونشاطه خوفاً عليه من الأذى ومن وقوع عدوانيه عليه من رفاقه أثناء اللعب.



وأيضـــاً من العوامل المعوقة الأخرى وجود الكبار في خدمته دائماً في أبسط الأمـــور الشخصـــية مثل إطعامه واغتساله وهذا يؤدي إلى ارتباطه بالكبار ارتباطاً قـــوياً، وإحساســـه بعدم الثقة في النفس وخوفه من تحمل المسئولية فيفشل في القيام بـــتكوين علاقـــات اجتماعـــية ومهارات مهنية، وفقدان الثقة بالنفس، فتنحط قدراته النفسية والاجتماعية والعقلية.

ح- الحاجة إلى جماعة الأقران:

يحـــتاج الطفـــل المعـــاق عقلياً القابل للتعلم إلى جماعة الأقران يتفاعل معهم ويشـــترك معهـــم في ألعابهم اشتراكاً فعلياً، وإشباع هذه الحاجة يتم بإتاحة الفرصة للطفـــل كي يتصل بغيره من الرفاق وتحت رقابة الكبار وإرشادهم وهذا من الأمور الـــبالغة الأهمـــية فـــي نمـــوه الاجتماعي إذ أنه يتعلم الأخذ والعطاء، والتكيف مع الآخـــرين، والاعتماد على نفسه وغير ذلك من الخبرات والعادات التي يكتسبها من خلال احتكاكه وتفاعله مع جماعة الرفاق أثناء اللعب.

وتقوم جماعة الرفاق بوظائف عديدة يمكن عن طريقها المساعدة في تقدم نمو الطفل المتخلف عقلياً نفسياً واجتماعياً، وتنحصر وظائفها فيما يلي[٢٥]:

- إعطـــاء الطفـــل الفرصـــة للتعامل مع الأفراد، وبذلك يخبر أنماطاً من العلاقات والتعاملات المتساوية الأمر الذي لا تتجه له الأسرة.
- الوصول إلى مستوى من الاستقلال الشخصي عن الكبار.
- توسيع آفاقه الاجتماعية وإنماء خبراته وقدراته واهتماماته.
- تساعده على اكتساب الاتجاهات والأدوار الاجتماعية المناسبة له والتي لا تهيؤها له الأسرة.
- تعتبـــر جماعـــة الأقـــران الوســـط الأمـــثل لتنمية علاقاته الاجتماعية وإحساسه بالآخرين وبحقوقه وواجباته.

ويظهر لنا مما سبق أهمية جماعة الرفاق للطفل المعاق عقلياً في إشباع حاجاته الاجتماعية، فمن طريق اللعب مع جماعة الرفاق يكتسب المهارات والخبرات التي لا تهيؤها له الأسرة، بالإضافة إلى إكسابه الشعور بالاستقلال والمسئولية تأكيد الذات واحترام الآخرين والاعتماد على نفسه في جو من الحرية والثقة.

ومما هو جدير بالذكر وجوب أن يكون هناك إشراف من الكبار على الطفل المتخلف عقلياً أثناء لعبه مع الرفاق بطريقة غير مباشرة حتى لا نحد من حريته وحتى نتأكد من سلامته. بالإضافة إلى ضرورة أن تكون الجماعة التي يلعب معها متفهمة لتخلفه العقلي وأنه لا يقل عنهم في أي شيء سوى البطء النسبي في نموه العقلي، وحتى لا يستغل من أصحاب السوء في بعض الأعمال المضرة بالمجتمع.

ط- الحاجة إلى السلطة الضابطة:

يحتاج الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم إلى سلطة ضابطة تشعره بالرقابة والإرشاد وترسم له حدود حريته واستقلاله، وتبين له ما يراد منه عمله وماذا يحدث له إذا حاد عن السلوك المرغوب فيه، وهذا الطفل في حاجة إلى أن يكون مقبولاً ومرغوباً فيه ممن حوله، فهو في حاجة دائمة إلى أن يتأكد من أن ما يقوم به من أنواع السلوك مستجدة وموافق عليه ممن يعيشون معه سواء أكان في البيت أم المدرسة. فالطفل المعاق عقلياً في حاجة إلى سلطة ضابطة مرشدة وموجهة بهدف تنظيم وتنسيق هذه الحريات التي يتمتع بها أثناء اللعب والقيام ببعض الأعمال حتى لا يتعرض إلى بعض الأخطار أثناء ممارسته لهذه الخبرات والمهارات مما يستلزم وجود شخص ينظم هذه الحرية ويشرف على ممارستها بالطريقة السليمة والمقبولة.

٤- النمو الانفعالي Emotional Development :

يتميز بعض الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بسرعة الانفعال في صورة صراخ وعويل وبكاء إذا ما تعرضوا لمواقف لا يستطيعون التعامل معها ولكي

يشـــبعوا لحاجاتهم النفسية فقهم لا يتحكمون [illegible]، سهل استثارتهم، في حين أن الـــبعض الآخـــر مســـتقر انفعالـــياً ويتميزون بالوداعة والاجتهاد وحسن السير والســـلوك ويمكن إسعادهم بسهولة إذ يؤثر فيهم الثناء والمديح، وفي وسعهم مبادلة الحب بالحب، والعطف بالعطف ولديهم فكرة طيبة عن الحسن والقبح.(٢٦)

ومـــن خصـــائص الـــبعض الآخر قابليتهم الشديدة للاستهواء وسهولة الانقياد وبذلك يسهل إغراؤهم واستخدامه في بعض الأغراض الخارجية عن القانون، ونود أن نشـــير هـــنا إلى أن هناك ارتباطاً بين التخلف العقلي والانحراف، ولكن المعاق عقلياً أكثر عرضة للانحراف من الطفل العادي للأسباب التالية:

- القابلية الشديدة للاستهواء وضعف الإرادة.
- عدم تقديره للمسئولية وفهم القانون.
- قوة بعض دوافعه الفطرية الأولية- كالدافع الجنسي على صورته الفطرية الأولية دون تعديل أو تهذيب إذا لم يكتسب من الرعاية والعناية التربوية القدر الكافي.

وفـــي دراسة أبودين هوبرت بيرش Aberdeen H. Birch وزملائه تبين أن الـــتخلف فـــي الـــنمو الانفعالي والاجتماعي لدى الأطفال المعاقين عقلياً راجع إلى الدخل المنخفض، ازدحام المساكن، الفقر وسوء التغذية، كبر عدد العائلة وأنه يوجد فـــي الطـــبقات الدنـــيا أكثـــر مـــنه فـــي الطبقات العليا ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المرتفع. (٢٧)

ويذكـــر كيرك أن كثيراً من المشكلات التي تنتج عن عدم التكيف الاجتماعي للمعاقـــين عقلـــياً، مع ميلهم إلى الجنوح وانتهاك المألوف والقانوني عن غيرهم من الأطفـــال العاديـــين، راجـــع إلـــى نشأتهم في بيئات فقيرة والتي ينتمي إليها غالبية الأطفـــال ذوي الإعاقـــة العقلية، وكذلك ترجع هذه المشكلات إلى عدم قدرة الطفل علـــى تحقـــيق حاجاته النفسية الانفعالية وحاجات ومتطلبات البيئة التي يعيش فيها، ممـــا يتـــرتب عليه اضطرابه انفعالياً وسوء تكيفه اجتماعياً. مما يحتم على المربين والآبـــاء والأمهـــات العمل على إشباع حاجاته النفسية مع توفير البيئة التربوية التي

تتلائم مع إمكانياته وقدراته وحاجاته، وهذا ما دعا إلى المطالبة بإنشاء مدارس خاصة لرعاية وتربية هذه الفئة تلك المدارس المسماة بمدارس التربية الفكرية.

- حاجات النمو الانفعالي للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم:

ترتبط حاجات النمو الانفعالي بحاجات النمو الاجتماعي وكل منهما يكمل الآخر، وتتمثل حاجات النمو الانفعالي للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم فيما يلي:

أ- الحاجة إلى الشعور بالأمن والاطمئنان:

تعتبر الحاجة إلى الأمن والاطمئنان أساسية بالنسبة للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم وذلك لكثرة تعرضه للفشل والإحباط مما يترتب عليها آثار نفسية سيئة فالشعور بالأمن والاطمئنان هو الذي يعطيه الثقة بنفسه وبمن حوله، مما يترتب عليه شعوره بالسعادة وبالتالي يستقر انفعالياً ويقل توتره وقلقه.

ب- الحاجة إلى الحب والعطف:

يحتاج الطفل المعاق عقلياً إلى الحب والعطف تماماً كما يحتاجها الطفل العادي وهو في أمس الحاجة إليها في المنزل والمدرسة، فهو في حاجة إلى من يتحدث معه ولو كان حديثه غير مفهوم، يحتاج إلى الابتسامة في كل وقت وإلى الملاطفة والمداعبة فهو يريد أن يشعر أنه محبوب ومرغوب فيه ممن حوله، أما إحساسه بأنه مكروه وأنه غير مرغوب فيه فهو أمر يسبب كثيراً من المشكلات النفسية التي تزيد من قلقه فيضطر إلى الانعزال عن الآخرين ويقل نشاطه، أو يتجه إلى العدوان والعنف في تصرفاته علامة على اضطرابه الانفعالي وتوتره.



جـ- الحاجة إلى الرعاية:

أن توفير الرعاية والعناية للطفل المعاق عقلياً ذو ارتباط بنموه الانفعالي واتزانه حيث أثبتت الدراسات أن توفير الرعاية والعناية للطفل سواء أكان طفلاً عادياً أم معاقاً عقلياً له أثر كبير في نمواً سوياً خالياً من الانفعالات والقلق والتوتر.[٢٨]

مما سبق يمكن إيجاز خصائص نمو المعاقين عقلياً القابلين للتعلم فيما يلي:

أ- خصائص طبيعية Physical Characteristics :

- النمو الجسمي: من حيث الطول والعرض يشبهون إلى حد كبير النمو الجسمي لذوي الذكاء العادي.
- يعانون من بعض الأمراض، نتيجة لنقص التغذية حيث أن غالبيتهم من بيئات فقيرة.
- يميلون إلى اللعب الجمعي والاشتراك مع الآخرين في مختلف الأنشطة.

٢- خصائص ذهنية Intellectual Characteristics :

- يظهر مستوى منخفض في اختبارات الذكاء حيث تراوح ذكائه بين (٥٠-٧٥) مما يدل على أن مستوى نموه العقلي أدنى مستوى من النمو العقلي للطفل الطبيعي.
- تخلف النمو العقلي لديهم لا يرجع لدى معظمهم بسبب تلف في المخ.
- يتضمن تخلفهم العقلي بطء في نمو القدرات التحصيلية اللازمة للتعليم بالمدارس العادية.

٣- خصائص أكاديمية Academic Characteristics :

- غير قابل لتعلم القراءة والكتابة، أو الهجاء والحساب، وذلك عندما يلتق بالمدرسة في سن ٦ سنوات، ولا يستطيع اكتساب هذه القدرات إلا بعد بلوغه سن الثامنة أو حتى الحادية عشرة، وهذا التخلف راجع إلى عمره العقلي وليس عمره الزمني.
- لا يستطيع استيعاب المقررات الدراسية بالمدرسة العادية في سنة دراسية واحدة مثلما يفعل الطفل العادي.
- بطء في نمو العمليات العقلية اللازمة للدراسة بالمدارس العادية، كالتذكر للأشياء المرئية أو المسموعة، القدرة على التعرف السليم في مختلف المواقف،

التخــيل، التصــميم، القدرة على الخلق أو الابتكار، وما إلى ذلك من صفات تعتبر حيوية في العملية التعليمية .

٤ - خصائص شخصية واجتماعية Personal and Social Characteristics :

- أقل تكيفاً اجتماعياً من الطفل العادي.
- غالباً ما تكون بيئاتهم ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض
- ميلهم للجنوح وانتهاك المألوف بنسبة أكبر من ذوي الذكاء العادي.
- لا يستطيع الاعتماد على نفسه كلية في تصريف بعض أموره.
- لا يستطيع تحمل الفشل والإحباط.

بالإضــافة إلى هذه الخصائص المميزة لنمو الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم اتضــح مــا سبق أن هناك حاجات ومطالب لنمو هذا الطفل لا تختلف عن حاجات ومطالــب نمو الطفل العادي، وأن عدم إشباع هذه الحاجات يترتب عليها آثار نفسية عقلــية ســيئة واجتماعــية، الأمر الذي يتطلب اهتمام كل من القائمين على رعاية وتــربية الطفــل المعاق عقلياً القابل للتعلم بتحقيق وإشباع هذه الحاجات بالقدر الذي تسمح به إمكانياته وقدراته حتى يمكن التقليل من نسبة إعاقته العقلية وتوتره النفسي والاجتماعي.

ولقــد عرضــنا لهــذه الحاجات بشيء من التفصيل والتفسير لتوضيح أهمية إشــباعها فــي نمو الطفل المعاق عقلياً، ولنؤكد تفاعلها بعضها مع بعض وتداخلها وتآزرهــا الدائم لبناء حياة هذا الطفل، وأن أي إخلال فيها إنما يترتب عليه انخفاض وتدهور لقدرات الطفل العقلية والنفسية.

مراجع الفصل الثامن

1- John and Elizabeth Nowson, Toys and Play Things (England: Penguin Books,, 1979) PP. 143-144.

2- Max L. Hutt and Robert Gwyn, The Mentally Retared Child (U.S.U., Allan and Bacon, 1979), PP. 445-446.

3- John and Elizabth Nowson, Toys and Play Things, P.148.

٤- متري أمين، ضعاف العقول وواجب الدولة نحوهم، ص ص ٢١٢-٢٢١.

٥- عثمان لبيب فراج، مشكلة التخلف العقلي وسياسة الوطن العربي في مواجهتها، حلقة تـربية الموهوبـين والمعوقين في البلاد العربية المنعقدة بالكويت، عام ١٩٧٣، ص ٩٥.

٦- عبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ، سيكولوجية الطفل غير العادي، ص٦٧.

7- John and Elizabeth Nowson, Toys and Play Things, P. 142.

٨- عبد العزيز القوصي، أسس الصحة النفسية، الطبعة السابعة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٢٧٥.

٩- حامـد عـبد القادر، محّمد عطية الإبراشي، علم النفس التربوي، الجزء الثاني (الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٦٦)، ص ٣٠٣.

١٠- مـيدل م. أولسن، ترجمة، عثمان لبيب فراج، التوجيه فلسفته وأسسه ووسائله (دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٥٥) ص ٢٨.

١١- ويلارد أولسون، ترجمة، سامي علي الجمال، تطور نمو الأطفال، ص ١١٩.

١٢- حامد عبد القادر، محمد عطية الإبراشي، علم النفس التربوي، ص٤٨.

١٣- إحسـان نصيف بسادة، التدريبات التربوية للمتأخرين عقلياً (الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٥) ص٩.

١٤- عبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ، سيكولوجية الطفل غير العادي، ص ص ٧٤ -٧٦.

15- Samuel A. Kirk, Educating Exoeptional Children, (Boston: Mifflin Company, 1962) P. 110.

١٦- عبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ، سيكولوجية الطفل غير العادي، ص٧٧.

17- L. Abetemed Curtis, Teching the Excptional Child,, P.5.

١٨- جـون ديـوي، تـرجمة عـبد الفـتاح المنياوي، مدارس المستقبل (مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٦٢) ص٧٣.

١٩- عبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ، سيكولوجية الطفل غير العادي، ص٧٣.

20- Josef and Lawrie Braga, Growing with Children, (New Jersey: Prentic Hall, 1974), P.10.

21- Max L. Hut and Robert Gwyn Cibby, The Mentally Retarded Child,
P. 435.

٢٣- إلهـام مصطفى عبيد، الأسس النفسية والاجتماعية لدور الحضانة ورياض الأطفال فـي مصـر، رسـالة ماجسـتير، استنسل، كلية التربية- جامعة الإسكندرية، ١٩٧٩.

٢٤- رونالـد ليـبخوت، ترجمة، فردوس عبد المنعم، الرضع والأطفال الصغار (الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٢) ص٦٨

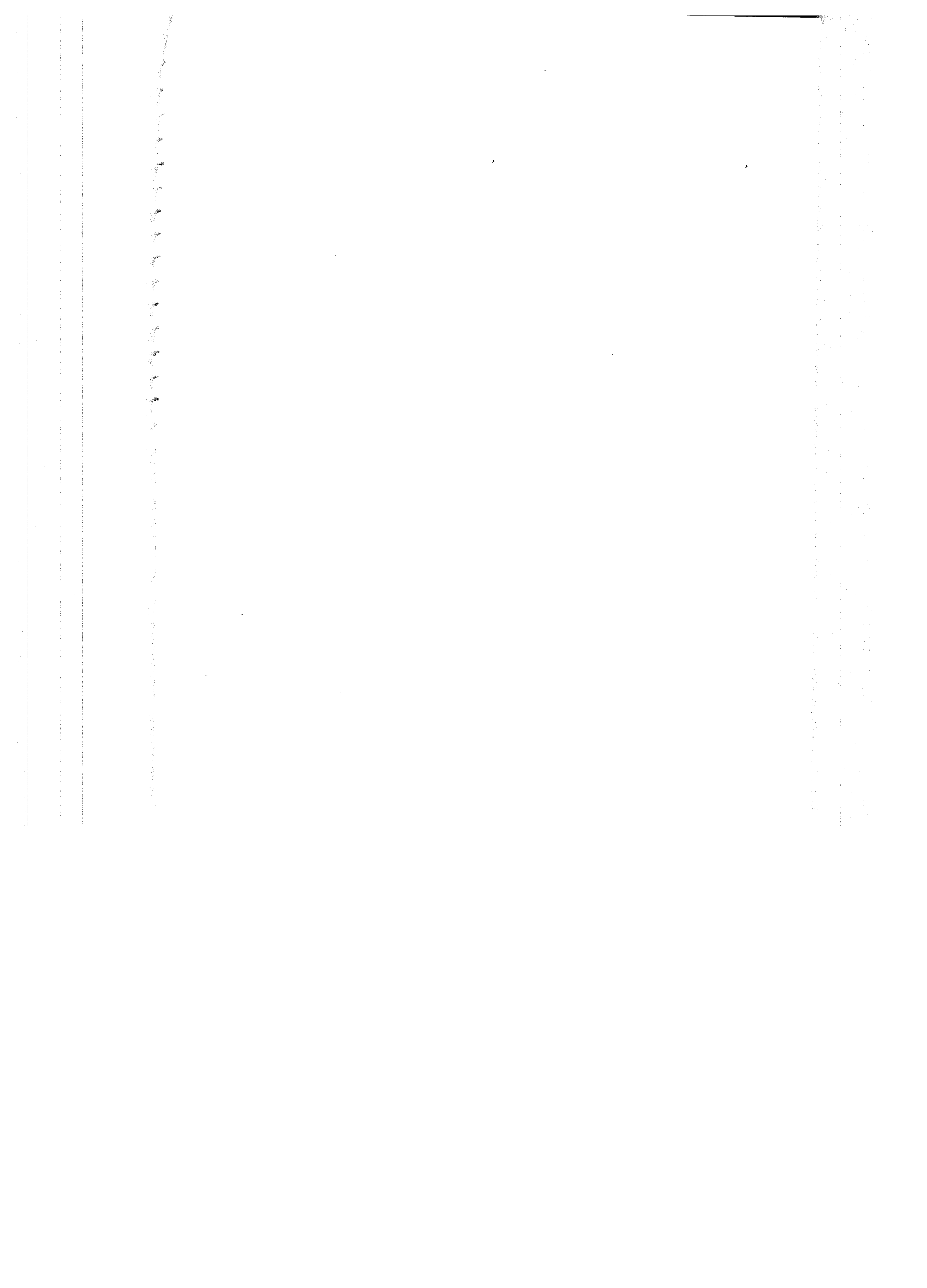
٢٥- سـيد أحمـد عـثمان، علم النفس الاجتماعي التربوي (الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٠)،
ص٩٨.

٢٦- سعد جلال، المرجع في علم النفس، ص ٤٧٣.

26- Jerome Bruner and Others, Mental Retardation, P. 60.

27- Samuel, A.. Kirk, Educating Exceptional Child, P.110.

٢٨- إلهـام مصطفى عبيد، الأسس النفسية والاجتماعية لدور الحضانة ورياض الأطفال في مصر، ص ٨٣.



الفصل التاسع

اضطرابات اللغة والتواصل

الفصل التاسع
اضطرابات اللغة والتواصل

تعريف اضطرابات التواصل:

قبل محاولة تعريف اضطراب التواصل ربما كان ضرورياً تحديد ماهية عملية التواصل ذاتها، يمكن أن ننظر إلى التواصل على أنه طريقة أو أسلوب لتبادل المعلومات بين الأفراد.

إن المعلـــومات يمكن إرسالها، كما يمكن استقبالها بطرق عديدة تتراوح مـــن الكلمة المنطوقة أو المكتوبة، إلى ابتسامة الصداقة والمودة، إلى حركات اليدين، إلى تعبيرات الوجه، وما إلى ذلك.

علـــى الـــرغم من أن كل أشكال الحياة الحيوانية يفترض أنها تتضمن نظاماً ما من نظم التواصل، فإن اهتمامنا في هذا الفصل يتركز على التواصل بـــين أفراد البشر أكثر من الاهتمام بنظم الإشارة بين أفراد الحيوان. أكثر من ذلـــك، فـــإن مناقشتنا في هذا الفصل تقتصر على التواصل الإنساني اللفظي المنطوق.

بمعنـــى آخـــر أننا سوف لا نتعرض في هذا الفصل لأساليب التواصل التـــي تـــتم من خلال القراءة أو الكتابة أو تعبيرات الوجه، وما إلى ذلك. إن الكلمة المنطوقة عملية أساسية في التواصل بين أفراد البشر، وهي التي توفر الأساس الذي تقوم عليه الأشكال المكتوبة من اللغة.

يتضمن نظام التواصل الشفوي كلاً من المخاطبة والاستماع، كما يتضمن اللغة والكلام، على الرغم من أن البعض يستخدمون مصطلحي الكلام واللغة بشكل متبادل.



فــإن الأخصـــائيين المهنيـــين العاملـــين في حقل اضطرابات التواصل يميزون تمييزاً واضحاً بين هذين المصطلحين.

أولاً: اضطرابات الكلام:

تعرف اللغة Language بأنها نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد، مع وجود قواعد لتجميع هذه الرموز، الهدف من اللغة هو تواصل الأفكار والمشاعر بين الأفراد.

يرى "بانجس" Bangs (١٩٦٨) أن اللغة- بوجه عام- تتكون من نظم لغوية أربعة هي:

١- نظام دلالات الألفاظ Semantic System:

وهو الذي يتعلق بمعاني الكلمات والمجموعات من الكلمات.

٢- النظام التركيبي (البنائي) Syntactic System:

ويتعلق بالترتيب المنظم للكلمات في مقاطع أو جمل.

٣- النظام الموروفولوجي (الصرفي) Morphologic System:

ويتعلق بالتغييرات التي تدخل على مصادر الكلمات لتحديد أشياء، كالزمن أو العدد أو الموضع... الخ.

٤- النظام الصوتي Phonologic System:

وهو يتعلق بالأصوات الخاصة بالاستخدام اللغوي.

يتضمن الأداء الوظيفي اللغوي في شكله العادي جانبين: **الجانب الأول،** هو قدرة الفرد على فهم واستيعاب التواصل المنطوق من جانب الآخرين، أما

الجانـــب الثاني فيتمثل في قدرة الفرد على التعبير عن نفسه بطريقة مفهومة وفعالة في تواصله مع الآخرين.

تعريف الكلام Speech:

يعـــرف الكلام على أنه: "الفعل الحركي Motor act أو العملية التي يتم مـــن خلالهـــا اســـتقبال الرموز الصوتية وإصدار هذه الرموز. هذا يعني أن الكـــلام عـــبارة عن الإدراك الصوتي للغة والتعبير من خلالها أو إصدارها. ونظـــراً لأن الكـــلام هو فعل حركي، فإنه يتضمن التنسيق بين أربع عمليات رئيسية هي:

١- التنفس Respiration:

أي العملية التي تؤدي إلى توفير التيار الهوائي اللازم للنطق.

٢- إخراج الأصوات Phonation:

أي إخراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية Vocalcords.

٣- رنين الصوت Resonance:

أي اســـتجابة الـــتذبذب في سقف الحلق المليء بالهواء، وحركة الثنيات الصوتية مما يؤدي إلى تغيير نوع الموجة الصوتية.

٤- نطق الحروف وتشكيلها Articulation:

أي اســـتخدام الشـــفاه واللسان والأسنان وسقف الحلق لإخراج الأصوات المجددة اللازمة للكلمات، كما هو الحال في الحروف الساكنة والحروف المتحركة... الخ.

يتضـــمن الكـــلام أيضـــاً مدخلات من خلال القنوات الحسية المختلفة كالأجهزة البصرية والسمعية واللمسية عند محاولة تعديل أو تغيير الأصوات التي يصدر ها الإنسان.

الخلاصة:

على أن كل من الكلام واللغة يتأثران بالبناء أو التركيب التشريحي للفرد، والأداء الوظيفي الفسيولوجي، والأداء العضلي- الحركي، والقدرات المعرفية، والنضوج، والتوافق الاجتماعي والسيكولوجي، الانحرافات أو الأشكال المختلفة مـــن الشذوذ في أي من العوامل السابقة يمكن أن ينتج عنه اضطراب- على نحو أو آخر- في التواصل قد يتضمن النطق، أو يتضمن اللغة، أو قد يتضمن النطق واللغة معاً.

أنواع اضطرابات الكلام وخصائصها المميزة:

أولاً: عيوب النطق:

يعـــرف اضطراب النطق بأنه مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة، يمكن أن تحدث عيوب النطق في الحروف الساكنة، أو في مجموعات من الحروف الساكنة.

كـــذلك، يمكـــن أن يشـــمل الاضـــطراب بعـــض الأصوات أو جميع الأصـــوات، فـــي أي موضع من الكلمة، تعتبر عيوب النطق حتى الآن أكثر أشـــكال اضطرابات الكلام شيوعاً، ومن ثم تكون الغالبية العظمى من حالات اضـــطرابات الـــنطق التـــي يمكـــن أن نواجهها في الفصول الدراسية أو في المراكز العلاجية.

١- أنواع عيوب النطق:

يمكن تمييز أربعة أنواع رئيسية من عيوب النطق هي: الحذف، والإبدال والتحريف والأصالة، وفيما يلي نتناول هذه الأنواع الأربعة من عيوب النطق بشيء من التفصيل والإيضاح.

أ- الحذف Omission:

في هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتاً من الأصوات التي تتضمنها الكلمة. ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط، قد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت يصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يألفون الاستماع إليه كالوالدين وغيرهم.. تميل عـيوب الحـذف لأن تحدث لدى الأطفال الصغار بشكل أكثر شيوعاً مما هو ملاحظ بين الأطفال الأكبر سناً.

كذلك تميل هذه العيوب إلى الظهور في نطق الحروف الساكنة التي تقع فـي نهاية الكلمة أكثر مما تظهر في الحروف الساكنة في بداية الكلمة أو في وسطها.

ب- الإبدال:

تـوجد أخطاء الإبدال في النطق عندما يتم إصدار صوت غير مناسب بدلاً من الصوت المرغوب فيه.

علـى سـبيل المـثال، قـد يستبدل الطفل حرف "س" بحرف "ش"، أو يستبدل حرف "ر" بحرف "و". أكثر شيوعاً في كلام الأطفال صغار السن من الأطفال الأكبر سناً.



هــذا النوع من اضطراب النطق يؤدي إلى حفض قدرة الآخرين على فهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر.

ج- التحريف Distortion:

تــوجد أخطــاء التحريف عندما يصدر الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يظل قريباً من الصوت المرغوب فيه.

الأصوات المحرفة لا يمكن تمييزها أو مطابقتها مع الأصوات المحددة المعــروفة فــي اللغة، لذلك لا تصنف من جانب الإكلينيكي على أنها عيوب إبدالية.

علــى ســبيل المثال، قد يصدر الصوت بشكل هافت نظراً لأن الهواء يأتي من المكان غير الصحيح، أو لأن اللسان لا يكون في الموضع الصحيح أثناء النطق.

يــبدو أن عــيوب تحــريف النطق تنتشر بين الأطفال الأكبر سناً وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال.

د- الإضافة:

تــوجد عيوب الإضافة عندما ينطق الشخص الكلمة مع زيادة صوت ما أو مقطع ما إلى النطق الصحيح، يعتبر هذا العيب- على أي حال- أقل عيوب النطق انتشاراً.

خــلال مــراحل الــنمو العادي للكلام واكتساب مهارات النطق، يقوم الأطفال عادة بحذف أو إبدال أو تحريف الأصوات اللازمة للكلام، يلاحظ أن أخطاء الإبدال هي أكثر العيوب شيوعاً من بين عيوب النطق النمائية، وعلى

ذلك، ليس من المستغرب أن يخطئ طفل الرابعة من العمر في نطق بعض الحروف مثل حرف "ث" أو حرف "ر".

لكن لو أن طفلاً يبلغ السابعة من عمره أخطأ في نطق بعض الحروف مثل حرف "ب" أو حرف "ك" فمما لا شك فيه أن هذا الطفل يعاني من صعوبة من صعوبات النطق.

٢- العوامل المسببة لاضطرابات النطق:

في كثير من الحالات يكون من الصعب- إن لم يكن من المستحيل- تحديد السبب أو الأسباب المعينة لاضطرابات النطق. بعض الظروف العضوية والجسمية المعينة مثل:

فقدان السمع، وانحرافات التركيب الفمي (كعيوب الأسنان وشق الحلق)، والعيوب العضلية والنيرولوجيه في أجهزة الكلام (كالتلف العضلي أو الشلل المخي).

والتخلف العقلي، غالباً ما تكون ذات أثر واضح على الكلام، مع ملاحظة أن مشكلات النطق المرتبطة بالإعاقات السمعية، والمشكلات المرتبطة بالتخلف العقلي.

في الغالبية العظمى من الحالات لا يكون لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق مثل هذه الانحرافات العضوية الواضحة، وتبدو عيوب النطق عند هؤلاء الأطفال مرتبطة بشكل ما من أشكال التعلم الخاطئ للكلام أثناء السنوات النمائية المبكرة، يطلق على هذا النوع من الاضطرابات عادة "اضطراب النطق الوظيفي (أي الاضطراب الذي لا يرجع إلى سبب أو أساس عضوي).



تضمنت محاولات تحديد الأسباب الرئيسية لاضطرابات النطق الوظيفية دراسة متغيرات مختلفة على مدى سنوات عديدة.

والعوامل التالية لا ترتبط ارتباطاً واضحاً باضطرابات النطق، وأنها لا تصلح كعوامل فارقة بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق والأطفال الذين يتميز كلامهم بأنه عادي.

وهذه العوامل هي: المهارات الحركية العامة، والتركيب الفمي (شكل سقف الحلق وحجم اللسان)، والشخصية والتوافق، والمستوى والتوافق، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، والذكاء.

والإشارة إلى الذكاء هنا تتعلق بالأطفال الذين يقعون في المدى العادي (المتوسط) وليس بالأطفال المتخلفين عقلياً الذين يظهرون تخلفاً جميع مظاهر النمو التي يعتبر مجال التواصل واحد منها.

بالنسبة للعلاقة بين عدم انتظام الأسنان وبين النطق، تبدو نتائج البحوث غير ثابتة وغير منسقة، إلا أن العلاقة يبدو أنها علاقة ضعيفة. من الملاحظ أن عدداً كبيراً من الأفراد ممن لديهم انحرافات واضحة في انتظام الأسنان يتمتعون بمهارات عادية في النطق.

من بين العوامل البيئية الهامة التي يحتمل أن تؤثر على النطق عاملين أساسيين هما: أنماط كلام الآخرين التي يتعرض لها الطفل أثناء تعلم الكلام، وكمية الاستثارة والدافعية التي يحصل عليها الطفل خلال نمو الكلام.

لو أن كلام الأشخاص المهمين في عالم الطفل- كالوالدين والأخوة والرفاق- يتضمن أخطاء في النطق، ففي هذه الحالة من المتوقع أن تنمو لدى الطفل أنماط خاطئة مشابهة، فالأنماط الرديئة من النطق تؤدي عادة إلى

مهارات غير ملائمة للكلام عند الأطفال خاصة وهم في طور النمو. بالمثل، إذا كانت تنقص الطفل الاستثارة المناسبة والدافعية الكافية لتطوير طريقة جيدة للنطق، فإن أنماط النطق عند الطفل تظل أنماطاً طفلية.

باختصار، يمكن القول أن أياً من الأسباب الرئيسية لاضطرابات النطق الوظيفية- التي سبق مناقشتها- يمكن أن يكون ذا اثر سلبي على نمو النطق والكلام عند طفل معين.

إلا أنه يجب ألا يغيب عن الذهن أن مثل هذه العوامل لا تعوق بالضرورة النمو العادي للكلام عند الأطفال.

٣- التعرف المبكر على اضطرابات التواصل، وأهميته:

أولاً: تشخيص اضطرابات النطق:

يتوفر الآن عدد من الاختبارات المنوعة التي تستخدم في تقييم النطق، كما يقوم كثير من الأخصائيين الإكلينيكي بتصميم اختبارات ذاتية تهدف إلى تقييم بعض الحالات الخاصة من الاضطرابات. معظم اختبارات النطق تستخدم الصور لتقييم إصدار الطفل التلقائي لكل حرف متحرك أو ساكن في المواضع المختلفة من الكلمات.

من خلال هذه المحاولة الاستكشافية للأصوات اللازمة للكلام عند الطفل، يستطيع الأخصائي أن يحدد الأصوات التي تصدر من الطفل صحيحة، والأصوات التي يخطئ فيها الطفل، كما يستطيع أن يحدد نوع أو أنواع عيوب النطق.

قد يحتاج الإكلينيكي المتخصص أيضاً إلى تقييم مدى قابلية عيوب النطق للاستثارة بأن يطلب من الطفل أن يحاول إخراج الأصوات الخاطئة



بطريقة صحيحة، بعد أن يكون قدم له دلالات حسية مختلفة (سمعية وبصرية ولمسية).

بعد إجراء التقييم لنطق الطفل ومدى وضوح الكلام عند التحدث، يمكن تقدير درجة ثبات أخطاء النطق ورسوخ هذه الأخطاء عند الطفل باستخدام جميع المعلومات المتوفرة لدى الأخصائي في علاج عيوب النطق، جنباً إلى جنب مع البيانات المستمدة من نتائج عملية التقييم، يكون قادراً على أن يخطط برنامجاً علاجياً مناسباً للحالة.

الأساليب العلاجية لعيوب النطق:

بطبيعة الحال، الهدف من علاج عيوب النطق هو تدريب الطفل على إصدار الأصوات الخاطئة بطريقة صحيحة.

ليست هناك طريقة واحدة لتحقيق هذا الهدف، بل ربما يوجد من الطرق المختلفة بعدد الأخصائيين في علاج عيوب النطق. ذلك لأن لكل أخصائي في هذا المجال مدخله العلاجي الخاص به. بغض النظر عن المدخل العلاجي المعين، والطرق والأنشطة التي يقع عليها الاختيار، فإن العملية العلاجية تتضمن تدريب الطفل على التعرف على العيوب وتمييزها، والتدريب على إخراج الأصوات الصحيحة، واستخدام الأصوات التي يتم تصحيحها في جميع المواقف التي تتضمن الكلام.

يتكون برنامج التدريب عادة من جلسات علاجية، قد تكون فردية أو جماعية، أو تجمع بين الطريقتين مع أحد أخصائيي عيوب النطق.

هذا- بطبيعة الحال- لا يمنع مدرس الفصل العادي من أن يتعامل مع بعض الحالات البسيطة داخل الفصل على أن يتوفر وجود الأخصائي للقيام

بالدور الاستشاري بصفة أساسية. بالإضافة إلى تكوين عادات النطق الصحيح، يتضمن العمل العلاجي أيضاً- في الحالات الممكنة الضرورية- تصحيح أي عوامل لم يتم اكتشافها أثناء التقييم، واكتشاف الجوانب التي يمكن أن تكون قد ساهمت في وجود اضطراب النطق.

من أمثلة هذه العوامل العناية الطبية بالالتهابات التي تصيب الأذن الوسطى والتي قد تسبب الفقدان الجزئي للسمع، وهو من العوامل المحددة للنطق والكلام، أو إجراء علاجي جراحي لأحد العيوب التكوينية في الحلق، أو علاج نفسي لتحسين مفهوم الذات أو بهدف التغلب على بعض الاضطرابات الانفعالية.

عادة يبدأ الأخصائي الإكلينيكي عمله العلاجي بتدريب الطفل على صوت واحد فقط، ولا ينتقل إلى صوت آخر إلا بعد أن يتأكد من أن الطفل قد بدأ يستخدم الصوت الذي تدرب عليه في الكلمات والجمل.

إلا أن عدد الأصوات التي يمكن تدريب الطفل عليها في الوقت الواحد يتوقف على الطفل نفسه وعلى مدى استعداده للتدريب وقابليته للعلاج.

تستخدم المواد التي تناسب سن الطفل كاللعب والصور والقصص والمواد المسجلة أثناء الأنشطة العلاجية بهدف زيادة الدافعية عند الطفل.

يعتبر النجاح في كل مستوى من مستويات التدريب ضرورياً قبل التقدم إلى مستوى من مستويات التدريب ضرورياً قبل التقدم إلى المستوى الأعلى.

على الرغم من أن الخطوات العامة للتدريب- السابق وصفها- قد تبدو بسيطة، إلا أنها غالباً ما تتطلب وقتاً طويلاً وجهداً شاقاً حتى يكتسب الطفل



الاستجابة المرغوبة فيها ويتعود عليها، يستطيع القارئ أن يقدر مدى صعوبة هذا العمل إذا ما قارنه بمحاولة تعلم لغة أجنبية لا تشتمل على الأصوات التي تتضمنها لغته الوطنية، أو عندما يحاول القارئ أن يتكلم لمدة خمس دقائق وفي نفس الوقت يدق على منضدة أمامه في كل مرة ينطق فيها حرفاً معيناً (حرف س مثلاً).

على الرغم من أن المبادئ الرئيسية للتعلم مثل التقليد والممارسة والدافعية والإثابة يمكن- بل ويجب أن توضع في الاعتبار بغض النظر عن الأسلوب العلاجي الخاص الذي يقع عليه الاختيار، فإن بعض الأخصائيين يؤمنون بتطبيق أساليب تعديل السلوك Behavior modification بشكل خاص في علاج عيوب النطق.

هذا النموذج العلاجي يضع تأكيداً واهتماماً خاصاً على المبادئ التالية:

١- اختيار هدف محدد لعملية التعديل (على سبيل المثال، صوت حرف ر).

٢- تحديد مدى تكرار حدوث الخطأ قبل بدء العلاج.

٣- استدعاء أو استثارة السلوك (أي النطق الصحيح).

٤- توفير مواقف على زيادة تكرار ظهور الاستجابة الصحيحة وتقليل ظهور الاستجابة الخاطئة.

بوجه عام، يعتبر الاحتفاظ بسجلات دقيقة لاستجابات الطفل من الأمور بالغة الأهمية في التخطيط للمراحل المتتابعة للعمل العلاجي، وفي تحديد الوقت الذي يكون فيه الطفل مهيئاً للانتقال إلى المستويات الأعلى من الصعوبة.

يستطيع معلم الفصل أن يقدم عوناً كبيراً في تدعيم الأنشطة التي يقترحها الأخصائي الإكلينيكي.

وتتضمن عملية التدعيم التي تتم داخل الفصل ما يأتي:

١- أن يكون المدرس واعياً بالأصوات المعينة التي يتدرب الطفل عليها في برنامجه العلاجي، وأن يمتدح ويثبت الطفل عندما يصدر هذه الأصوات بطريقة صحيحة.

٢- تذكير الطفل بأن يستخدم الصوت أو الأصوات الجديدة (أي الصحيحة) أثناء دروس القراءة الجهرية.

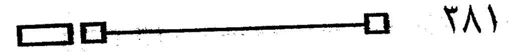
٣- مساعدة الطفل على أن يتعرف على الكلمات (من خلال تدريبات الهجاء) التي تحتوي على الأصوات التي يتدرب عليها في البرنامج العلاجي، وتوفير خبرة إضافية في نطق هذه الأصوات.

يضاف إلى كل ذلك، الأنشطة العامة لتحسين النطق والكلام.

تشتمل هذه الأنشطة على التدريبات الصوتية، ووصف طرق إخراج الأصوات المختلفة، وتدريبات السمع لتمييز الأصوات في بداية الكلمة أو في نهايتها.

وجميعها أنشطة يمكن أن تكون ذات فائدة كبرى.

في جميع الحالات التي يجب التأكد ن أن الطفل الذي يعاني من أحد اضطرابات لا يتعرض لأي نوع من السخرية أو الاستهزاء من جانب زملائه أو من جانب الآخرين بوجه عام.



أسباب اضطرابات النطق عامة:

يرث الطفل الطبيعي أجهزة الكلام كإمكانية قابلة للخروج إلى حيز الواقع فـي الـوقت المناسب من العمر، بعد أن يكون قد تفاعل مع المؤثرات البيئية وعاش في جو اجتماعي يتحدث بلغة معينة.

وبعد أن يتم له النمو العقلي المناسب لاستخدام مجموعة من العبارات أو بعض الكلمات.

والواقـع أن الطفل السوي قد يكون غير سوي تماماً في جانب من هذه الجوانب وهنا يعزي سبب الاضطراب إلى:

١ - أسباب وراثية:

قــد تكــون هناك عيوب تكوينية وراثية أو ولادية في أجهزة النطق من حيث قوتها أو من حيث تعاون أجزائها بعضها مع بعض، أو من حيث متانة علاقتها بمراكز الكلام بالمخ، أو بمدى تمرينها وتكيفها للكلام مثل الارتباطات القائمة بين السمع وبين الكلام.

وعمــوماً قــد يولد الطفل وعنده النقص في معدات النطق مثل اختلال أربطــة اللســان أو عيوب الأسنان أو الشفة العليا أو عيوب الفكين أو سقف الحلق.

٢ - أسباب جسمية:

قــد ترجع عيوب الكلام إلى ضعف السمع ضعفاً يجعل الصغير عاجزاً عــن الــتقاط الأصوات الصحيحة للألفاظ وخاصة المراحل الأولى من عمر

الطفـــل وقد يكون ضعف السمع خلقي أو مكتسب مع بداية ميلاد الطفل.. وقد يكـــون نتـــيجة اخـــتلال أو اخـــتلاف في تقاسيم الجهاز العصبي المركزي، وخصوصـــاً نصـــفي الـــدماغ الإنساني وكيفية توزيع مراكز الكلام في كلا النصفين من الدماغ..

وقد يصاب مخ الطفل بمرض أو بآثار مرض معين (كما يحدث في بعض أمراض الحمى) مما يخلف عجزاً كاملاً أو جزئياً في النطق.

وعمـــوماً فـــإن الصـــحة العامـــة للطفل تؤثر في حدوث هذه المشكلة. ويضـــاف لذلك ما يسببه الضعف العقلي، والصمم من اضطرابات في الكلام عند بعض الأطفال.

٣- أسباب نفسية:

إن الاضـــطراب الوجداني يكون مصحوباً في نفس الوقت باضطرابات فـــي الكـــلام، والمشاكل النفسية التي يمر بها الطفل في بدء حياته تجعل من خيبة الأمل التي يصاب بها الطفل في أول محاولة للكلام هي التي تضعه في موقـــف لا يجد ما يشجعه على الاستمرارية في الكلام، وبالتالي يعظم خوفه فيمتنع عن الكلام.

كما أن المصابين باضطرابات الكلام يكونون أكثر قلقاً وتخوفاً، وإحساساً بالوحدة وأكثر حساسية للمواقف المحرجة التي قد يتعرضون لها أمام الناس، وقـــد يحسون بنوع من الضعف بالثقة في النفس وعدم الاطمئنان مما يساعد على تفاقم هذه المشكلة.

وأن الـــذين يصابون باضطرابات الكلام يكونون من النوع المعتمد على الآخرين، غير مستقلين بأنفسهم مع نقص في الحب والعطف والحنان والاهتمام



لـــدى الطفل (وعندما يظهر في الكبر يكون نتيجة كبت مشاعر عدوانية تجاه الآخرين نظراً لعدم القدرة على التعامل معهم، ونتيجة قمع شديد من البيئة أو نتيجة صدمةانفعالية أو خوف).

٤- أسباب اجتماعية:

هناك العديد من العوامل الاجتماعية المسببة لحدوث المشكلة أهمها:

- التخلـــي عـــن الطفل منذ الصغر من قبل الأهل نتيجة عمل الأم وانشغال الأب أو نتيجة مرض أحدهما.
- الجـــو العائلـــي الذي يعيش فيه الطفل، حيث العلاقات المضطربة أو شبه المعدومـــة بـــين الوالدين والأولاد، وحيث قلة الحديث والمشاورات والأخذ والعطاء.
- تعلـــم عادات النطق الخاطئ، ويحدث ذلك دون وجود عيب في اللسان أو الأســـنان أو الشفة، فنجد أن الطفل في منتصف عامه الثاني يلجأ إلى حذف مقطـــع أو حرف من الكلمات ذات المقطعين أو الثلاثة، كذلك قد يخفق في تذكر كلمة صعبة سمعها مرات قليلة نستبدل مقطعاً بآخر أو حرفاً بآخر.
- القلق الزائد من قبل الوالدين على الطفل.
- إفـــراط الأبوين أو مغالاتهما في رعاية طفلهما أو تدليله. تعارض التيارات وتـــنازع الأهـــواء في أفراد الأسرة، وما ينتج عنه من الإهمال في رعاية الطفل.
- ضعف ثقافة الأسرة وعدم غموضية الألفاظ المستخدمة للتعبير عن المعاني والعلاقـــات الاجتماعـــية الموجـــودة في تلك الأسرة (فتكثر اللوازم اللغوية



الكلامية في البيئة الفقيرة ثقافياً، فيظل طفل تلك البيئات يردد نفس الألفاظ بغير تنوع وبغير قدرة على اكتساب ألفاظ جديدة يروى بها كلامه).

- الإخفاق في التحصيل الدراسي.

أشكال عيوب الكلام والنطق:

تقسم اضطرابات الكلام وعيوب النطق إلى قسمين رئيسيين:

أولاً:

عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب أو عوامل عضوية (Organic).

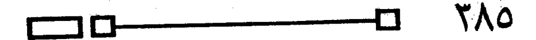
ثانياً:

عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب وظيفية (Functional).

والقسم الأول من تلك العيوب يكون السبب فيه أحد العوامل الآتية: عيب في الجهاز الكلامي أو السمعي كالتلف أو التشوه أو سوء التركيب في أي عضو من أعضاء الجهازين، أو النقص في القدرة الفطرية العامة (الذكاء)، يؤدي إلى خلل في تأدية هذا العضو أو تلك القدرة.

فيحدث نتيجة لذلك عيب في النطق، أو احتباس في الكلام أو نقص في القدرة التعبيرية.

ونلاحظ في حالة العيوب أو الاضطرابات التي تنجم عن علة وظيفية "القسم الثاني" أن المصاب لا يشكو أي نقص عضوي في الجهاز الكلامي أو السمعي؛ وكل ما هنالك أن قدرة الفرد على التعبير متأثرة بعوامل غير



عضوية تسبب له اضطرابات عدة تختلف من حيث نوعها وشدتها وفقاً لمدى قوة هذه العوامل وتأثيرها في الفرد.

وهـــناك- بجانب التقسيم السابق- تقسيم آخر تفصيلاً لا يقوم في أساسه علـــى النظـــر إلـــى مصدر العلة (Etiology) بل يقوم على أساس المظهر الخارجـــي للعـــيب الكلامـــي، وتتخذ هذه العيوب- على حساب هذا التقسيم الجديد- أشكالاً مختلفة منها ما يأتي:

١- التأخر في قدرة الأطفال على الكلام.

٢- احتباس الكلام أو فقد القدرة على التعبير، وهذه المجموعة من الأمراض الكلامية معروفة باسم "الأفيزيا" (Aphasia).

٣- العـــيوب الإبدائـــية: وهي عيوب تتصل بطريقة نطق أو تقويم الحروف وتشكيلها (Articulation).

٤- الكلام الطفلي (Infant Speech).

٥- الكلام التشنجي (Spastic Speech).

٦- العيوب الصوتية (Voice Disorders).

٧- العـــيوب التـــي تتصل بطلاقة اللسان وانسيابه في التعبير (Fluency) ومن أهم تلك العيوب الظاهرة المرضية الكلامية المعروفة باسم (اللجلجة أو التهتهة)..

٨- عـــيوب الـــنطق والكلام الناتجة عن نقص في القدرة السمعية أو القدرة العقلية.

ومــن تلك العيوب ما يظهر في بعض الحالات منفرداً، ومنها ما يكون مصــاحباً لعلة أو أكثر من العلل السابقة؛ فقد يحدث مثلاً أن يشكو الطفل من إبــدال بعــض الحــروف فــي الوقت الذي يتعرض فمه للجلجة في ظروف خاصة.

كمــا يحــدث في حالات أخرى أن يتحدث الطفل بطريقة طفلية مبهمة، تــدل علــى عــدم نضجه الكلامي، وفي الوقت ذاته يعاني نوعاً من اللجلجة التوقفية.

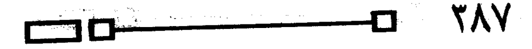
تنوع مصدر العلة في العيب الكلامي الواحد:

هــذا ونحــب أن نشير ونحن بهذا الصدد إلى مصدر العلة في كثير من المظاهــر الكلامية المرضية السابقة يختلف من حالة لأخرى، فقد يحدث أن تكــون الثأثأة في الكلام (Stigmatism)- وهي نوع من العيوب الإبدالية- راجعه إلى سبب عضوي أو إلى علة وظيفية.

كمــا أن تأخــر الكــلام عند الأطفال تختلف مسبباته من حالة لأخرى، فهناك حالات ترتبط فيها العلة بالنقص العقلي أو الجسمي؛ بينما توجد حالات أخــرى تعاني ذلك بسبب ضعف في القدرة السمعية تنشأ عنه اضطرابات في التمييز بين الأصوات المنطوقة.

وبجانب هذا وذاك قد يكون تأخر الكلام- في حالات نادرة- راجعاً إلى عامل أو أكثر من العوامل الآتية:

عدم التوافق المزاجي، التقليد، المستوى الفقير في الكلام بالمنزل، التدريب غيــر المناســب، العــوامل العاطفــية، النقص في الحوافز والبواعث.. الخ (مصطفى فهمي، ١٩٧٥).



ثانياً: اضطرابات الصوت:

تعتبـــر اضطرابات الصوت Voice disorders أقل شيوعاً من عيوب النطق.

رغم هذه الحقيقة، فإن اضطرابات الصوت تظل تلقى الاهتمام نظراً لما لهـــا من أثر على أساليب الاتصال الشخصي المتبادل بين الأفراد من ناحية، ولما يترتب عليها من مشكلات في التوافق- نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل- من ناحية أخرى.

لمـــا كانـــت الأصـــوات تعكس خصائص فردية إلى حد بعيد، لذا فإن الـــتحديد الدقـــيق للمحكـــات المســـتخدمة في تشخيص حالات الاضطرابات الصوتية من الأمور الصعبة والمعقدة.

تتأثر الخصائص الصوتية للفرد بعدد من العوامل من بينها جنس الفرد، وعمره الزمني، وتكوينه الجسمي.

كذلك، فإن الأصوات عند الفرد الواحد يختلف باختلاف حالته المزاجية، كما تتنوع بتنوع الأغراض من عملية التواصل.

فـــي حـــين أن بعـــض الأصـــوات تتميز بأنها سارة ومريحة أكثر من غيرها.

فـــإن بعـــض الأصـــوات الأخرى يبدو أنها تجذب انتباه الآخرين إليها وتســـتثير مـــن جانـــبهم أحكاماً عليها بالانحراف والشذوذ. هذه الخصائص الصـــوتية غيـــر العاديـــة (أي الشاذة) هي التي تدخل في نطاق اضطرابات الصوت.



١- خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة بها:

تــوجد مجمــوعة من خصائص الصوت يجب الإلمام بها قبل محاولة التعرف على اضطرابات الصوت.

هــذه الخصــائص الصوتية والاضطرابات المرتبطة بها هي كما يلي:

أ- طبقة الصوت Pitch:

تشــير طبقة الصوت إلى مدى ارتفاع صوت الفرد أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي.

يعــتاد بعــض الأفــراد اســتخدام مســتوى لطبقة الصوت قد يكون شــديد الارتفــاع أو بالــغ الانخفاض بالنسبة لأعمارهم الزمنية أو تكويناتهم الجسمية.

ب- شدة الصوت:

تشــير الشــدة إلى الارتفاع الشديد والنعومة في الصوت أثناء الحديث العــادي، الأصــوات يجب أن تكون على درجة كافية من الارتفاع من أجل تحقيق التواصل الفعال والمؤثر.

كما يجب أن تتضمن الأصوات تنوعاً في الارتفاع يتناسب مع المعاني التي يقصد المتحدث إليها.

وعلــى ذلــك، فإن الأصوات التي يمكن أن تتميز بالارتفاع الشديد أو الــنعومة الــبالغة تعكس عادات شاذة في الكلام، أو قد تعكس ما وراءها من



ظـروف جسـمية كفقـدان السمع أو كبعض الإصابات النيرولوجية وكذلك العضلية في الحنجرة.

ج- نوعية الصوت Quality:

تـتعلق نوعـية الصوت بتلك الخصائص الصوتية التي لا تدخل تحت طبقة الصوت أو شدة الصوت.

بمعنى آخر، تلك الخصائص التي تعطي لصوت كل فرد طابعه المميز الخاص.

يميل البعض إلى مناقشة مشكلات رنين الصوت ضمن مناقشتهم لنوعية الصـوت، إلا أنـنا نفضل مناقشة رنين الصوت والاضطرابات المرتبطة به منفصلاً عن نوعية الصوت واضطراباته.

تعتبـر الانحـرافات في نوعية الصوت ورنينه أكثر أنواع اضطرابات الصوت شيوعاً.

اختلفت المسميات والمصطلحات التي استخدمها أخصائيو عيوب الكلام لوصف وتمييز اضطرابات نوعية الصوت.

ورغـم هذا الاختلاف يمكن تمييز أهم اضطرابات الصوت في الصوت الهـامس breathiness، والصوت الخشن الغليظ harshness، وبحة الصوت hoarseness.

يتميـز الصـوت الهامس، بالضعف والتدفق المفرط للهواء، وغالباً ما يـبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذي يكون مصحوباً في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت.

أما الصوت الغليظ الخشن، فغالباً ما يكون صوتاً غير سار ويكون عادة مرتفعاً في شدته ومنخفضا في طبقته.

إصـــدار الصـــوت فـــي هذه الحالات غالباً ما يكون فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد.

د- رنين الصوت Resonance:

يشـــير الرنين إلى تعديل الصوت في التجويف الفمي والتجويف الأنفي أعلى الحنجرة، ترتبط اضطرابات رنين الصوت عادة بدرجة انفتاح الممرات الأنفية.

عـــادة لا تتضـــمن اللغة سوى أصواتاً أنفية قليلة. في المواقف العادية ينفصـــل الـــتجويف الأنفي عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو أثناء إخراج الأصوات الأخرى غير الأنفية.

٢- العوامل المسببة لاضطرابات الصوت:

الأســـباب العضـــوية وغيـــر العضـــوية التي تؤدي إلى الاضطرابات الصوتية كثيرة ومتنوعة.

مـــن بين الظروف العضوية التي تتعلق بالحنجرة والتي يمكن أن تسبب اضطرابات الصوت:

القـــرح، والعـــدوى، والشـــلل الذي يصيب الثنيات الصوتية، والشذوذ الولادي في تكوين الحنجرة.

الأشخاص المصابون بشق في سقف الحلق يواجهون عادة صعوبة في الفصل بين الممرات الفمية والممرات الأنفية أثناء الكلام، مما يجعل أصواتهم تغلب عليهم الخمخمة الشديدة.



كـذلك فـإن الفقـدان الواضح للسمع الذي يؤثر على قدرة الطفل على تغيير طبقة الصوت وارتفاعه ونوعيته، يمكن أن يسبب أيضاً اضطرابات في الصوت.

علـى أن الانحـرافات الصـوتية المؤقتة مثل وجود فواصل في طبقة الصـوت التي تصاحب تغير الصوت أثناء البلوغ وخاصة عند الذكور، هذه الحالات لا تحتاج إلى علاج.

مـن ناحـية أخـرى، يمكن أن تنتج اضطرابات الصوت عن عوامل وظيفية وليست عضوية.

لاحظ "برون" Brone (١٩٧١)ا أن معظم اضطرابات الصوت ترتبط بسوء استخدام الصوت أو الاستخدام الشاذ للصوت.

يمكـن أن يـتخذ سـوء استخدام الصوت أشكالاً متعددة منها السرعة المفـرطة فـي الكلام، أو الكلام بمستوى غير طبيعي من طبقة الصوت، أو الكلام بصوت مرتفع للغاية، أو الكلام المصحوب بالتوتر الشديد. هذه الأنماط الصـوتية يمكـن أن تؤدي إلى الاستخدام الزائد للميكانيزم الصوتي. وعندما يعتاد الفرد مثل هذا السلوك.

فـإن ذلـك يسـبب ضرراً للحنجرة وقد يؤدي إلى بعض الانحرافات المرضية العضوية.

كـذلك، قـد ترتبط اضطرابات الصوت عند الطفل بالعادات السيئة في التنفس.

تعتبـر الاضطرابات السيكولوجية وعدم التوافق الانفعالي حالات يمكن أن تـنعكس أيضـاً فـي شكل اضطرابات في الصوت. على أن اضطرابات

الصـــوت التي ترجع إلى أصل سيكولوجي يبدو أنها أكثر شيوعاً عند الكبار منها عند الصغار.

خلاصة القول أن أي شيء يغير أو يعوق الأداء الوظيفي العادي والفعال لأجهزة التنفس، وأجهزة الصوت يعتبر سبباً من أسباب الاضطرابات الصوتية.

٣- تشخيص حالات اضطرابات الصوت:

لعـــل المناقشـــة الســـابقة للأنـــواع المخـــتلفة من اضطرابات الصوت والأســـباب المـــؤدية إليها تكون قد أوضحت للقارئ أن مدخل الفريق متعدد التخصصات في عمليات التشخيص والعلاج يعتبر من الأمور الجوهرية. قبل البدء في العمل العلاجي لابد من إجراء الفحص الطبي كخطوة مبكرة وضرورية تهدف إلى اكتشاف ما إذا كان يوجد خلل عضوي، ومن ثم بدء العلاج الطبي أو الجراحي اللازم في مثل هذه الحالة.

أمـــا عملية التقييم التي يقوم بها فريق الأخصائيين فإنها تتضمن- بوجه عام- أربعة مظاهر أساسية هي:

١ دراسة التاريخ التطوري لحالة الاضطراب في الصوت.

٢- التحلـــيل المنظم للصوت، ويشمل تحليلاً لأبعاد طبقة الصوت، وارتفاعه، ونوعيته ورنينه.

٣- فحص جهاز الكلام من الناحيتين التكوينية والوظيفية.

٤- قياس بعض المتغيرات الأخرى (عندما تكون هناك حاجة لذلك) مثل حدة السمع، والحالة الصحية العامة، والذكاء، والمهارات الحركية، والتوافق النفسي والانفعالي.



عــند القيام بتحليل أبعاد الصوت يجري أخصائي أمراض الكلام تقييماً للطفل في أبعاد طبقة الصوت، والارتفاع، والنوعية، والرنين أثناء الكلام في مواقف المحادثة العادية.

وأيضــاً من خلال بعض أنشطة كلامية يتم تصميمها لأغراض عملية التقييم.

كــذلك، يتم فحص جهاز الكلام عند الطفل ونمط التنفس أثناء الأنشطة المخــتلفة التي تتضمن الكلام. والأنشطة التي لا تتضمن الكلام أيضاً. يحال الطفــل إلـــى الجهات المتخصصة الملائمة إذا بدا أنه يعاني من اضطرابات أخرى كالاضطرابات الحركية أو العقلية أو الانفعالية.

٤- الأساليب العلاجية لاضطرابات الصوت:

الهــدف العــام عــن عــلاج الصوت هو تطوير عادات صوتية فعالة ومؤثرة.

يتمثل أحد المظاهر الرئيسية للعلاج في التعليم أو إعادة التعليم الصوتي. يجــب أن يفهــم الطفل تماماً ماهية اضطراب الصوت الذي يعاني منه، وما الذي سببه، وما يجب عمله لتخفيف حدة هذا الاضطراب.

رغــم أن العملــيات العلاجــية الخاصة تختلف باختلاف الأخصائيين الإكلينيكيــين وباختلاف الحالات، يتضمن علاج الصوت عادة أربعة مظاهر أساسية تستحق الاهتمام.

إذا كـــان واضحاً أن اضطراب الصوت يرتبط بسوء الاستخدام، يصبح أحــد المظاهر الرئيسية للعلاج التعرف على مصادر سوء الاستخدام، وتجنب هذه المصادر.



ونظراً لأن الأخصائي الإكلينيكي لا يستطيع أن يعتمد اعتماداً مطلقاً على التقارير اللفظية التي يقدمها الأطفال أنفسهم.

فـإن من الأفكار الجيدة والمفيدة أن يقوم الأخصائي بملاحظة الطفل في عـدد من المواقف المنوعة بهدف تحديد الطريقة التي اعتاد عليها الطفل في استخدام الأصوات.

علـى أن التقاريـر المقدمة من الوالدين والمعلمين تعتبر ضرورية في التعرف على العادات الصوتية عند الطفل.

المظهر الثاني للبرنامج العلاجي لاضطرابات الصوت يتمثل في التدريب على الاسترخاء.

فـي هـذا المظهر العلاجي يدرب الطفل على كيفية إخراج الأصوات بطريقة تتميز بالاسترخاء والسلاسة خاصة إذا كان الطفل يتكلم عادة بطريقة مصحوبة بالتوتر الشديد.

يتضـمن المظهـر الثالث لعلاج الصوت التدريبات الصوتية والتدريب المباشر على إخراج الأصوات المختلفة.

تـوجد تدريبات خاصة متوفرة الآن لتحسين طبقة الصوت، وتدريبات لـرفع طـبقة الصوت التي اعتاد عليها الطفل وتدريبات لخفض هذه الطبقة، وتدريبات لزيادة مرونة طبقة الصوت.

مراجع الفصل التاسع

١- المليجي، حلمي (بدون تاريخ): علم النفس المعاصر، دار النهضة العربية، بيروت.

٢- جالجر، جيمس ج (١٩٧٦): الطفل الموهوب في المدرسة الابتدائية "ترجمة سعاد نصر فريد، الهيئة المصرية العامة للكتاب مع مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر، القاهرة- نيويورك.

٣- شفيل، ماريان (١٩٩٥): الطفل الموهوب في الفصل الدراسي العادي، ترجمة محمد نسيم رأفت، دار النهضة العربية بالاشتراك مع مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر، القاهرة- نيويورك.

٤- طه، فرج عبد القادر وآخرون (بدون تاريخ): معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

٥- ياسمين، عطوف محمود (١٩٨١): اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال، دار الأندلس، بيروت.

6- Burt, S.C. (1974): The Gifted Child, in MK. Pringle and U.P. Varma; Advances in Educational Psychology; University of London Press, Ltd., U.K.

7- Kalusmeir, H.J. and Goodman W. (1971): Learning and Human Abilities Education Psychology. Happer and Row Publisher, New York, U.S.A.

8- Laycock, S.R. and Muntro, B.C. (1974): Educational Psychology: Unwin Brothers LTD. U.K.

9- Mira, M. Helena Novaes (1989): The Challenge of Gifted Education in Brazil, In gifted Educational International A.B., Academic Publishers U.K. Vol.6.

10- Passow Harry and Schiff, Jacob, H. (1989): Educating Gifted Persons Who are Caring and Concerned: in Gifted Educational International A.B. Academic Publishers. U.K. Vol.

11- Witkin, H.A., Oltman, P.K., Friedman, F., Owen, D.R. Raskin, E. (1969) Role of the Field Dependent and Field-Independent Cognitive Styles in Academic Evolution: A Longitudinal Study J. of Educational Psychology, Vo., 69, No. 3.

١٢- أنـــور محمـــد الشرقاوي، "التعلم" نظريات وتطبيقات، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٩١.

13- Sternberg, S. , Memory Scaning: Mental Processes revealed by reaction time experiments. In D. Rumentbart1969.

١٤- كمـــال دســـوقي: علـــم النفس ودراسة التوافق، بيروت: مكتبة النهضة العربية، ١٩٧٤.

١٥- عـــادل محمـــد العـــدل، طرق تجهيز المعلومات للذاكرة قصيرة المدى وعلاقـــتها ببعض القدرات العقلية، رسالة دكتوراه مودة مكتبة كلية التربية- جامعة الزقازيق ١٩٨٩.

16- Peternson L.R. & Peterson, M., Short Term Relation of Individual item "Journal of Experimental Psychology, 58, 1959



17- Bandura, A.(1986) Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

18- Witkin, H.A., Oltman, P.K., Goodenough, Friedman F., Owen, D R Raskin, E. (1977) Role of the Field Dependent and Field-Independent Cognitive Styles in Academic Evolution: A Longitudinal Study.

19- Aarans, Maureen & Gittens, Tessa (1992): The Handbook of Autism: A Guide for Professionals, British Library, London.

٢٠- فيصل محمد خير الزراد (١٩٩٦): اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار المريخ للنشر، الرياض، ط٤.

٢١- كارين جوهانسون وأنجريد ليلحيروث "مترجم" بدون تاريخ: الخلاص من الوحدة والفوضى (مبادئ وأفكار لتدريس الأحاديين) "نشرة عن التوحدية، كاريتاس مصر، ص١٥.

٢٢- عبد المنعم القريطي (١٩٩٦): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة.

٢٣- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٩): التعلم العلاجي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط١.

24- Ackerman, Lowell (1997): Autism Review, This Paper Came form the Net, http:www. Autism. Zane, Com/ Autism/ ReviewL htm.

25- American Academy of Pediatrics (1998): Auditegration Training and Facilitated Communication for Autism, Pedi-atrics, (102, 2pf1).

26- عـبد المنعم الحنفي (١٩٩٥): الموسوعة النفسية، علم النفس في حياتنا اليومية، مكتبة مدبولي، القاهرة، ط١.

27- American Psychiatric Association (1994): Diagnoistic and Stat-istical Manual of Mental Disorder, ed. DSM-IV Washington, D.C.A.P.A.

٢٨- عـبد الـوهاب محمـد كامل (١٩٩٩): التعلم العلاجي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط١.

٢٩- عـثمان لبـيب (سبتمبر ١٩٩٥): إعاقة التوحد Autism دراسة حالة (٤)، النشـرة الدورية، عدد ١٤٣، السنة الثانية عشرة، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين.

30- Ann. C. (1993): Play Therapy with Aubsed Children, Jessia Kingsola, London.

محتويات الكتاب